Cancer Care Ontario

Action Cancer Ontario

Annual Report 10/11

Ontario

Cancer Care Ontario

Action Cancer Ontario

CANCER CARE ONTARIO
Annual Report

10
11

1 LETTER FROM THE PRESIDENT AND THE CHAIRMAN OF CANCER CARE ONTARIO

2 ABOUT CANCER CARE ONTARIO

3 THE ONTARIO CANCER PLAN

4 2010/11 - HIGHLIGHTS AND ACHIEVEMENTS

CANCER SERVICES

Prevention and Cancer Control

- Integrated Cancer Screening
- Surveillance
- Research
- Occupational Research
- Aboriginal Cancer Control
- Primary Care

Diagnosis

- Diagnostic Assessment Programs
- Stage/Path

Treatment

- Disease Pathway Management
- Models of Care
- Multi-Disciplinary Cancer Conferences
- Improving the Patient Experience
- Cancer Surgery
- Intensity Modulated Radiation Treatment
- Clinical Specialist Radiation Therapist
- Regional Systemic Treatment
- Cancer Imaging
- Molecular Oncology
- New Drug Funding Program
- Ontario Cancer Symposium Management Collaborative
- Survivorship and Follow-up Care

Infrastructure

- Capital projects
- CyberKnife Robotic Radiosurgery
- Program Training Consultation Centre

ACCESS TO CARE

- Alternate Level of Care Information
- Emergency Room Information
- Surgery and Diagnostic Imaging Wait Times
- Surgical Efficiency Targets Program

ONTARIO RENAL NETWORK

- Provincial Program Management
- Regional Program Management
- Performance Measurement and Management
- Information Technology
- Communications and Stakeholder Relations

5 **HUMAN RESOURCES**

6 **FINANCIAL REPORTS**

7 **APPENDICES**

Board of Directors
Executive Leadership
Clinical Leadership
Provincial Leadership
Ontario Renal Network Leadership

It is important to Cancer Care Ontario (CCO) that all Ontarians with disabilities can access the services and information we provide.

To receive this information in another format, contact CCO Communications Department:
P: (416) 971-9800 TTY: 1 (800) 855-0511 E: publicaffairs@cancercare.on.ca

LETTER FROM THE PRESIDENT AND THE CHAIRMAN OF CANCER CARE ONTARIO

We are pleased to submit Cancer Care Ontario's 2010/11 Annual Report.

Fiscal 2010/11 was a year of change for Cancer Care Ontario. After more than six years, Terry Sullivan stepped down as President and Chief Executive Officer. Under Terry's leadership, CCO has deepened its work with partners to improve the cancer system in Ontario, solidified our role in providing support through our Access to Care Program for the Ontario government's Wait Times Strategy, and established the Ontario Renal Network to begin applying to chronic kidney disease the model for system improvement that we developed through cancer and wait times.

In this expanded mandate we hope to provide more value to the province by leveraging assets and expertise at CCO that can be helpful in guiding – in partnership with others – broader health-system improvement.

As financial pressures on the province increase, CCO and the health system in general will face an ever greater requirement to deliver value. Our goal is to demonstrate that the coordinated application of change levers can result in significant and rapid health system improvement. These levers include a solid provincial plan developed through wide engagement, a patient and public service focus, a culture of clinical leadership and accountability, the setting of quality guidelines and standards, excellence in the deployment of modern electronic tools to provide data and program operational support, and the linking of funding to accountability for quality improvement at the local and regional level. In this report on our achievements in the individual areas of our mandate we also provide a picture of these improvement levers in action.

Cancer

This past year we completed the second of our Ontario Cancer Plans (OCPs), our master roadmaps for improvements in cancer services. In the past six years, the actions we have taken under two successive cancer plans have enabled CCO to build a solid record of progress and achievement in the battle against cancer.

That started in 2005 with OCP I, which focused on building capacity for the system – the nuts and bolts of how people, information, and technology intersect to provide higher quality cancer care.

It continued with OCP II, which covered the years 2008-2011. OCP II, which concluded on March 31st, 2011, focused on reducing wait times, increasing cancer screening participation, and improving the quality of care by setting standards, transforming screening, diagnosis and treatment across the care continuum, and by building capacity.

Together, these plans have guided our actions and driven our accomplishments. Highlights include:

- Increasing the use of evidence to develop standards and guidelines to influence practice, investment and performance management
- Establishing 13 Regional Cancer Programs each led by a Regional Vice-President
- Working with the government to develop and launch the Smoke-Free Ontario Strategy and launch the Human Papillomavirus (HPV) vaccination program
- Launching ColonCancerCheck, the first population-based colorectal screening program in Canada, in partnership with the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC)
- Introducing primary and palliative care cancer imaging and pathology leads for cancer services in every region
- Renewing our research strategy focused on the translation of research to benefit patients, including launching the CCO Research Chairs Program
- Marking the 20th anniversary of the Ontario Breast Screening Program (OBSP). Since it was founded in 1990, the OBSP has screened more than one million Ontario women aged 50-69, and detected more than 19,000 cancers. Most of these were in the early stages – a clear indication that the program is working, and working well
- Significantly improving wait times for cancer surgery and radiation and making important strides in improving wait times for chemotherapy
- Continuing our investment in cancer infrastructure through the development and expansion of major cancer treatment facilities across the province
- Releasing the first in a series of Cancer in Ontario reports which found that the number of new cases of cancer is increasing – primarily because of population growth and aging – but that mortality rates are declining and survival rates for most common cancers are improving

Our progress under these two cancer plans is reflected in Ontario's high ranking in an international study published in The Lancet in December 2010. That study shows that Ontario is one of the top performers in cancer survival rates among 12 jurisdictions across six countries. The International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP) study confirms that the cancer control strategies Ontario has put in place for early screening, timely diagnosis, and improved access to care are resulting in improved survival rates for the most common types of cancer.

Countries in the study included Canada, Australia, Denmark, Norway, Sweden and the United Kingdom – all of which have similar wealth, access to universal health care, and longstanding, high-quality, population-based cancer registries.

In Canada, three other provinces in addition to Ontario – Alberta, British Columbia and Manitoba – are participating in the study. Ontario ranked first among them – and third among all 12 health jurisdictions – for colorectal cancer survival. In lung and ovarian cancers, Ontario ranked second overall.

As this and other studies show, if you live in Ontario and get cancer, you have a better chance of surviving than almost anywhere else in the world.

But despite these successes, much more needs to be done. OCP III, which officially took effect on April 1, 2011, charts our course from 2011-2015 with a focus on prevention, screening, diagnosis, treatment, follow-up, and palliative care, and addresses the need to keep moving forward in order to continue our progress and our accomplishments as we strive to create the best cancer system in the world. Through OCP III, we will continue to improve on access and quality but we will focus particularly on implementing our Integrated Cancer Screening Strategy (ICS), improving the patient experience, and redesigning how care can be delivered in a more effective and efficient manner.

Access to Care

In 2004, Canada's First Ministers made a national commitment to reduce wait times for key health-care services. In Ontario, this commitment resulted in the Ministry of Health and Long-Term Care's (MOHLTC's) Wait Time Strategy and its subsequent Emergency Room/Alternate Level of Care (ER/ALC) Strategy.

The success of these initiatives rested on an information strategy with the ability to collect and report accurate, reliable and timely wait time data. CCO was assigned to develop and deploy the Wait Time Information System (WTIS) to capture and report this data in near real-time and subsequently was tasked with implementing key parts of the ER/ALC Information Strategy.

Access to Care (ATC), which is housed at CCO, is a service delivery agent for the Wait Times Strategy and ER/ALC Information Strategy.

The overarching objective of ATC is to enable improvements in the access, quality and efficiency of health-care services. We do that through the strategic implementation and use of Information Management/Information Technology (IM/IT) solutions and the tracking of patients as they move across the continuum of care. Both are essential in support of the Wait Time Strategy and the ER/ALC Strategy.

While challenges remain in access to care, 75 percent of patients in Ontario are now receiving treatment within government benchmarks for all procedures. This past year, as part of Access to Care, CCO:

- Identified barriers to the movement of ALC patients with very long waits, which led to strategies that were implemented by Ontario's Local Health Integration Networks (LHINs)
- Streamlined ER data submission and enabled linkages to other data sets
- Developed a clinical engagement program strategy that focused on data quality improvement
- Expanded public reporting of wait times to include all surgical areas
- Initiated public reporting of the Surgical Safety Checklist

Ontario Renal Network

The third and most recent area of responsibility for Cancer Care Ontario is the Ontario Renal Network (ORN), which CCO established in 2009. ORN is implementing a world-class system for delivering care to Ontarians living with chronic kidney disease (CKD). ORN's 2010/11 highlights include:

- Creating and implementing a provincial dialysis capacity plan
- Putting in place the regional accountability required to begin improving chronic kidney disease care across the province. This includes the recruitment of 14 Regional Directors and 14 regional medical leads in each LHIN to drive the implementation of a regional CKD program that is aligned with ORN priorities and objectives

Looking ahead, the ORN will develop and release its first multi-year plan for chronic kidney disease services in 2011/12.

In addition to our work in cancer, access to care, and CKD, Cancer Care Ontario has continued to strengthen our administrative capacity across the organization to ensure accountability, transparency, and value-for-money. We continue to strengthen our business processes in finance, procurement, human resources, and internal audit to enable CCO to achieve more in health-system improvement.

Signature of Neil Stuart, Board Chair

Michael Sherar

Signature of Michael Sherar, PhD, President and CEO

ABOUT CANCER CARE ONTARIO

Cancer Care Ontario – an Ontario government agency – drives quality and continuous improvement in disease prevention and screening, the delivery of care and the patient experience, for cancer, chronic kidney disease, as well as access to care for key health services.

Known for its innovation and results-driven approaches, CCO leads multi-year system planning, contracts for services with hospitals and providers, develops and deploys information systems, establishes guidelines and standards, and tracks performance targets to ensure system-wide improvements in cancer, chronic kidney disease – through the Ontario Renal Network – and access to care.

CCO began life in April 1943 as the Ontario Cancer Treatment and Research Foundation. More than a half century later, in 1997, it was formally launched and funded as an Ontario government agency. CCO is governed by The Cancer Act and is accountable to the MOHLTC. Details of this relationship with the ministry are laid out in a formal Memorandum of Understanding (MOU) signed in December 2009.

As the government's cancer advisor, CCO:

- Directs and oversees more than $800 million in funding for hospitals and other cancer-care providers, enabling them to deliver high-quality, timely cancer services and improved access to care
- Implements provincial cancer prevention and screening programs
- Works with cancer-care professionals and organizations to develop and implement quality improvements and standards
- Uses electronic information and technology to support health professionals and patient self-care, and to continually improve the safety, quality, efficiency, accessibility and accountability of Ontario's cancer services
- Plans cancer services to meet current and future patient needs
- Conducts and rapidly transfers its own and external new research into improvements and innovations in clinical practice and cancer service delivery

While CCO's public identity is tied directly to the fight against cancer, the organization also established and now houses the new Ontario Renal Network and the Ontario government's Access to Care program, which supports the Ontario government Wait Times Strategy.

Through the Ontario Renal Network, CCO organizes and manages chronic kidney disease services throughout the province. Access to Care works to ensure that Ontarians receive the healthcare they need, when and where they need it.

In addition, CCO manages special access programs, such as Positron Emission Tomography for uninsured indications. Activities such as these are mandated through separate accountability agreements between CCO and the MOHLTC.

THE ONTARIO CANCER PLAN

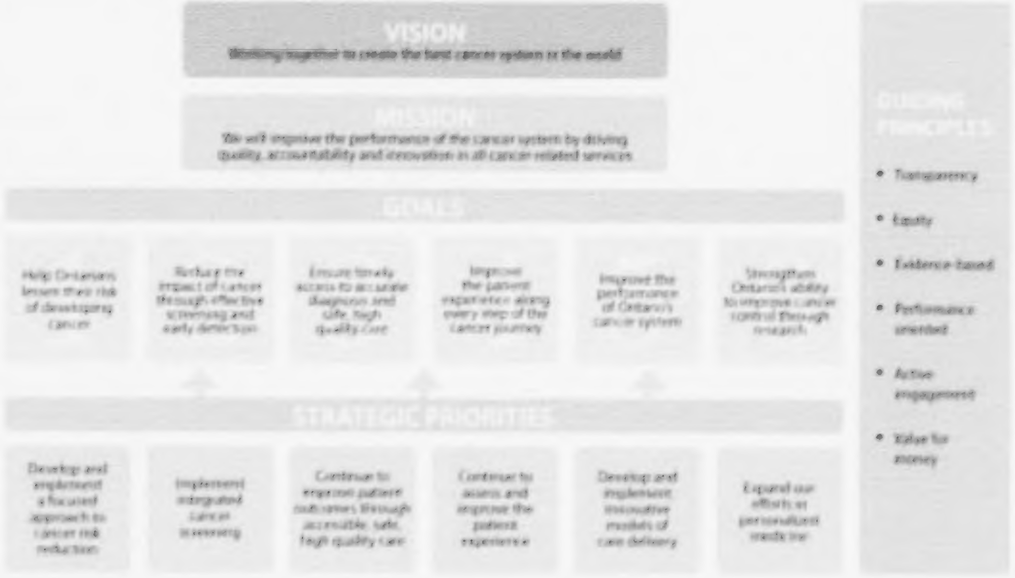
Since 2005, CCO has created multi-year Ontario Cancer Plans for the province. These are cancer care roadmaps that chart the ways in which health professionals and organizations, cancer experts and the government will work with CCO to fight cancer, while improving the quality of care for current and future patients.

The first OCP covered the years 2005-2008 and focused on building system capacity. The second covered the years 2008-2011 and concentrated on reducing wait times, improving the quality of care, transforming screening, diagnosis and treatment, and further building capacity. CCO began executing the third Ontario Cancer Plan, covering the years 2011-2015, in April 2011.

OCP III continues the transformation of cancer services across Ontario, including the development of new, patient-centred models of care delivery. OCP III was built on consultation with and listening to patients. The patient experience is central to OCP III and recognizes that patients need:

- More control over their own care to improve satisfaction and outcomes
- Access to tools that enable them to assess and communicate their symptoms effectively so that their symptoms can be better managed by health-care providers
- Access to resources and information that meet all of their physical, emotional and educational needs throughout the cancer journey

OCP III is driven by a commitment to quality in prevention, screening, diagnosis, treatment, follow-up, and palliative care. It will pay off in delivering value for money, managing long-term cost growth, improving outcomes and increasing patient satisfaction.


VISION
Working together to create the best cancer system in the world
MISSION
We will improve the performance of the cancer system by driving quality, accountability and innovation in all cancer-related services
GOALS
Help Ontarians lessen their risk of developing cancer
Reduce the impact of cancer through effective screening and early detection
Ensure timely access to accurate diagnosis and safe, high quality care
Improve the patient experience along every step of the cancer journey
Improve the performance of Ontario's cancer system
Strengthen Ontario's ability to improve cancer control through research
STRATEGIC PRIORITIES
Develop and implement a focused approach to cancer risk reduction
Implement integrated cancer screening
Continue to improve patient outcomes through accessible, safe, high quality care
Continue to assess and improve the patient experience
Develop and implement innovative models of care delivery
Expand our efforts in personalized medicine
GUIDING PRINCIPLES
Transparency
Equity
Evidence-based
Performance oriented
Active engagement
Value for money

ACCESS TO CARE

CCO's Access to Care program is the service delivery agent for the MOHLTC's Wait Times Strategy and ER/ Alternate Level of Care Information Strategy. ATC uses clinician leadership and engagement, along with state-of-the-art project management methodologies, to develop information solutions and deploy them to Ontario health-care organizations to help reduce wait times and improve patients' access to health-care services.

The ATC program oversees four business streams:

- Alternate Level of Care (ALC), which in near-real time measures and reports on the length of time patients must wait for ALC
- Emergency Room Information, which measures and reports on the Emergency Room length of stay
- Surgical Efficiency, which measures and reports on operating room utilizations, safety and efficiency metrics
- Surgery and Diagnostic Imaging, which in near-real time measures and reports on the time between the decision to treat and date of the surgical or diagnostic Imaging procedure

In ATC, CCO works to:

- Improve access to patient services and promote a quality patient experience by leveraging health information in surgical and diagnostic imaging wait times, surgical efficiency targets, emergency room wait times, and alternate levels of care
- Meet the information needs of Ontario's patients, providers, and funders by engaging clinician experts to develop and implement provincial information technology solutions
- Improve – in conjunction with the MOHLTC – the performance of health-care organizations and, more importantly, improve Ontarians' access to health-care services by managing the collection and use of timely, accurate information to measure, manage, and track patients. This information also supports transparent reporting and monitoring to ensure accountability
- Ensure Ontarians have the best available information to make decisions regarding the care they receive by providing timely wait time data for the ministry's public website

ONTARIO RENAL NETWORK

CCO established the Ontario Renal Network in 2009 to lead a province-wide effort to better organize and manage the delivery of renal services for patients living with chronic kidney disease. The ORN is housed at Cancer Care Ontario and works to improve the quality of kidney care across the province.

In its short history, ORN has actively engaged with kidney disease stakeholders, established a provincial and regional infrastructure with 26 regional chronic kidney disease programs, and set performance indicators. Its current focus is on establishing and ensuring the uptake of standards and guidelines in the delivery of quality renal care, developing information systems and performance measures, and assessing needs and planning capacity.

2010/11 – HIGHLIGHTS AND ACHIEVEMENTS

CANCER SERVICES

PREVENTION AND CANCER CONTROL

Prevention and Cancer Control refers to work to ease the burden of cancer by reducing the number of people who develop the disease and the impact on those who do through effective screening and earlier detection. In addition, PCC works to reduce inequities across the cancer journey for Aboriginal people and other high-risk populations.

In October 2010 Dr. Linda Rabeneck was appointed as Vice President of Prevention and Cancer Control (PCC). This appointment effectively consolidated CCO's preventive oncology efforts by combining Population Studies and Surveillance (PSS), and Prevention and Screening.

To support its priority of helping Ontarians reduce their risk of developing cancer, CCO initiates prevention strategies and actions that are based on strong evidence about a number of behaviours, such as smoking, physical activity, and healthy eating, or exposures that increase or decrease the risk of developing cancer.

Cancer Care Ontario plays a key leadership role in tobacco control. Looking ahead, CCO will continue working with its partners and other public-health organizations to develop, implement, and coordinate tobacco control capacity building and knowledge exchange programs and services in support of the Smoke Free Ontario Strategy.

Areas of focus for Prevention and Cancer Control are:

- Integrated Cancer Screening
- Surveillance
- Research
- Occupational Cancer Research
- Aboriginal Cancer Control
- Primary Care

1) INTEGRATED CANCER SCREENING

Cancer screening to improve early detection saves lives. In 2007, the provincial government made a commitment to increase early detection and facilitate the effective treatment of cancer with a focus on improving screening rates for colorectal, breast, and cervical cancers. To accomplish this, CCO has set out the overarching goal of implementing an integrated screening strategy. The Integrated Cancer Screening (ICS) strategy, developed by CCO in partnership with MOHLTC, is focused on:

- Increasing patient participation in screening
- Improving primary-care provider performance in screening
- Establishing a high-quality integrated screening system and information management and technology infrastructure

Breast cancer is the most frequently diagnosed cancer in Ontario women; 80 percent of breast cancers are found in women aged 50 and older.

In 2010:

- Approximately 8,900 Ontario women were diagnosed with breast cancer and 2,100 women died from the disease.
- Approximately 490 Ontario women were diagnosed with cervical cancer and 140 women died from the disease. Among Ontario women 20-49, cervical cancer is the second most common type of cancer.
- Approximately 8,300 Ontarians were diagnosed with colorectal cancer and 3,400 died from the disease. It is the third most common cancer diagnosed in Ontario and its incidence rises with age, more rapidly after the age of 50.

It is estimated that in 2011:

- 3.7 million men and women aged 50 to 74, will be in the target age group for colorectal cancer screening, although all may not be eligible
- 1.6 million women aged 50-69 will be eligible for breast screening
- 4.5 million women aged 20-69 will be eligible for cervical screening

Over the next few years, these numbers will increase due to population growth. It is expected that from 2011-2015 there will be:

- 50,000 more women eligible for breast screening annually
- 62,000 more women eligible for cervical screening annually
- 119,000 men and women eligible for colorectal cancer screening

The newly developed Integrated Cancer Screening program links breast, colorectal, and cervical cancer screening at the regional and service-delivery level through primary care, clinician, and regional stakeholder engagement. The aim of this integration is to support patients, providers, and health-system planners in improving the quality and uptake of screening and the follow-up of abnormal screens, to reduce mortality from these cancers.

2010/11 Highlights

In 2010/11, CCO and the MOHLTC focused on designing and developing the ICS program and increasing participation, building regional capacity, and engaging primary care resources. During the past year, we:

- Strengthened governance structures through working groups to support ICS
- Created an expert clinical advisory panel to support the redevelopment of the cervical cancer screening program
- Developed cervical screening and Fecal Immunochemical Test (FIT) guidelines through the Program in Evidence-Based Care
- Established key performance measures and reporting for ICS
- Engaged providers in the planning, delivery, and evaluation of screening programs
- Provided performance measurement and customized screening activity reports to primary care providers
- Provided funding for:
    - Two mobile coaches to support under/never screened initiatives in Thunder Bay and Hamilton
    - The expansion of existing, and the development of new, IM/IT systems and frameworks to support cancer screening and reporting
- Expanded and enhanced IM/IT systems including InScreen™ to integrate breast, colorectal, and cervical cancer screening and add new capability to improve population segmentation, participant outreach, and reporting
- Finalized the key performance measures for Integrated Cancer Screening
- Finalized the Integrated Cancer Screening project governance and project charter

COLON CANCER CHECK

Colorectal (CRC), or colon cancer is the third most common cancer in Ontario. There is a 90 percent chance CRC can be treated and cured if it is detected in time.

ColonCancerCheck is an organized, population-based screening program established in 2008 by CCO and the MOHLTC to reduce colorectal cancer mortality.

2010/11 Highlights

In 2010/11, CCO and the MOHLTC focused on corresponding with individuals to increase participation in screening and on engaging providers and the public in colorectal cancer screening. During the year, we:

- Invited newly eligible participants, notified participants of their screening results, and sent out screening recalls and reminders Ontario-wide. In total, CCO sent out more than 1,024,395 letters to participants
- Delivered an Ontario College of Family Physicians (OCFP) accredited provider education program
- Entered into contracts with 64 hospitals and allocated funding for more than 30,000 additional colonoscopies
- Spearheaded public awareness campaigns, such as the Get Checked From Behind program adopted by several Ontario Hockey League teams
- Ontario is the first Province to launch the Registered Nurse Flexible Sigmoidoscopy Project. The project is currently funded by the Nursing Secretariat of the MOHLTC. Proven evidence shows no difference in outcomes from nurses vs physicians performing this screening. To date, the pilot has demonstrated that RN Flexible Sigmoidoscopy increases capacity for colorectal cancer screening for average risk individuals. Currently11 hospitals, 40 nurses and 32 physicians are participating.

Funded colonoscopy volumes:

2009/10 = 11,830
2010/11 = 14,008

ONTARIO BREAST CANCER SCREENING PROGRAM

Breast cancer is the most frequently diagnosed cancer in Ontario women and is second only to lung cancer as a cause of cancer deaths. Early detection through organized breast cancer screening combined with effective treatment remains the best currently available tool to reduce the number of deaths.

The Ontario Breast Cancer Screening Program (OBSP) was introduced by the MOHLTC in 1990 and is operated by Cancer Care Ontario.

Its goal is to reduce mortality from breast cancer through the delivery of high-quality screening. Regular breast screening finds cancers when they are small and less likely to have spread. Although the breast cancer incidence rate in Ontario was stable from 1990 to 2007, mortality declined across this period by 35 percent for women aged 50–69. This decrease in breast cancer mortality is attributed both to improved breast cancer treatments and to increased participation in breast cancer screening.

The percentage of women screened for breast cancer is approaching the provincial target of 70 percent by 2011. While participation rates have been increasing in the OBSP, overall breast screening rates have remained stable over the past couple of years.

CCO and its regional partners continue to look at new and innovative approaches for recruiting women through community outreach activities, including using the North West Mobile Coach in Northern Ontario and outreach to Chinese communities and Aboriginal women.

There remains a need to improve screening initiatives for all Ontario women and make special efforts to reach women who live in low-income communities, where cancer screening rates are the lowest.

2010/11 Highlights

This past year, CCO focused on funding breast screening and follow-up testing, as well as building participation. In 2010/11, we:

- Funded 501,376 breast screening tests at 153 OBSP sites – this represented a 7 percent increase over 2009/10
- Funded 16,218 follow-up tests for women with an abnormal screening result, through 54 OBSP multi-disciplinary breast assessment centres – this represented a 6 percent increase over 2009/10
- Leveraged the opportunity offered by the 20th Anniversary of OBSP to roll out a public awareness campaign
- Updated breast screening clinical tools and brochures for primary care providers and new patient educational materials for the public to support appropriate screening and increase participation
- Brought the OBSP to rural communities through the North West Mobile Coach project, which visits nearly 30 communities throughout Northwestern Ontario, from the Manitoba border east to Chapleau, and allows eligible women in the region to call a toll free number to book an appointment in a nearby community
- Planned for the introduction of women at high risk for breast cancer into the OBSP program

OBSP Screens Delivered

2009/10	468,486
2010/11	497,066

Increase 6.1 percent (screens funded through OBSP)

Looking Ahead

Implementation of Integrated Cancer Screening will continue in 2011/12 and will begin to encompass all colorectal, cervical, and breast cancer screening. This will also include the announced funding and expansion of the OBSP to screen women at high risk for breast cancer. This will improve the quality of care for women aged 30 to 69 at high risk and will promote the early detection and treatment of breast cancer.

Planning and implementation of ICS will become a shared CCO provincial office/regional cancer program and MOHLTC initiative in 2011/12 as regional program offices are established. The numbers of participating sites and of screening participants are expected to climb as ICS becomes the single source of quality assured screening in breast, colorectal, and cervical cancers.

Provider engagement and performance measurement will be enhanced at the provincial and regional level through the strengthening of clinical and scientific leadership in all three areas of screening.

2) SURVEILLANCE

The Surveillance Unit monitors progress in cancer and cancer control, prepares evidence-based information products about cancer and cancer risk factors, and prepares and disseminates relevant information to internal and external stakeholders. It does this by:

- Regularly carrying out risk factor and cancer surveillance analyses, both population-wide and in special subgroups
- Developing special surveillance strategies to monitor cancer or risk factors in specific population groups (e.g., occupational cancers, Aboriginal populations, inequalities)
- Providing surveillance information, consultation and advice to other CCO Units and outside stakeholders
- Developing and disseminating knowledge-exchange products and strategies
- Conducting related research

2010/11 Highlights

The Surveillance Unit released Cancer in Ontario: Overview, a statistical report about cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Ontario. Cancer in Ontario: Overview is the first detailed report on data and trends for the most common types of cancer, and provides a clear picture of the progress we are making against the disease.

Looking ahead

Future initiatives will include enhanced surveillance of specific populations and environments, a focus on increased production and dissemination of surveillance information and products, and program evaluation for Integrated Cancer Screening. Knowing who gets what kind of cancer by age group, what survival looks like, whether mortality is rising or falling, and whether there are more people living with cancer all assist Ontario and CCO in planning, funding, and evaluating our cancer services.

3) RESEARCH

Cancer Care Ontario's research program is organized around a newly established scientist network that links researchers across Ontario and supports their efforts to translate research findings into clinical practice, including clinical trials. The research networks focus on four important areas: cancer imaging, health services, population studies, and experimental therapeutics. In addition to our focus on the four research networks, Cancer Care Ontario continues to support a number of Provincial Research Programs.

Partnership with the Ontario Institute for Cancer Research

Cancer Care Ontario also works in close partnership with the Ontario Institute for Cancer Research, through which the Ontario government has made a significant new investment in cancer research. The Institute's role involves a major focus on discovery while Cancer Care Ontario focuses on supporting studies of the causes, prevention and early detection of cancer, and of the cancer care delivery system. Both organizations support translation of research findings into clinical practice through clinical trials.

Research Chairs Program

The Cancer Care Ontario Research Chairs Program focuses on attracting leading new scientists to Ontario and supporting outstanding scientists already working in the province. There four key areas to the program: cancer imaging, health services research, population studies and experimental therapeutics. Over the past three years, 19 research chairs have been selected to work in these areas, and four research networks now are in place.

The Research Chairs Program links researchers across Ontario and supports scientific efforts to translate research findings into clinical practice, including clinical trials.

Ontario Health Study

The Ontario Health Study (OHS) is a 20-year study that will recruit 150,000 Ontario residents between the ages of 35 and 69 to examine how genetics, lifestyle, behaviour, and the environment contribute to the development of cancer and other chronic diseases.

The study is paying special attention to the complex interplay of factors that underlie the development of many of the most common diseases. Findings from the study are expected to help researchers find new ways to prevent and treat disease.

The OHS is funded by the Ontario Institute for Cancer Research, the Canadian Partnership Against Cancer and Public Health Ontario, with support from Cancer Care Ontario. In addition, the Ontario division of the Canadian Cancer Society recognizes the importance of the study and endorses its objectives.

Following a pilot phase, data collection moved to an online baseline survey of all Ontario adults (age 18 or older) and the operations of the study were relocated from CCO to the Ontario Institute for Cancer Research.

Looking ahead, CCO will continue to provide scientific expertise to the study.

Applied Cancer Research Units

In 2010/11, CCO created the Applied Cancer Research Unit program. This program provides infrastructure funding to groups of investigators working in one or more research areas. The program is an important component of CCO's strategy for quality and access improvement and focuses on the translation of cancer research and innovation into practice in Ontario. Selection of the successful units by an international panel occurred in early 2011, with awards made to the following six Applied Cancer Research Units.

- **Princess Margaret Hospital Consortium**
  Focus: clinical trials of investigational cancer medicines
- **Division of Cancer Care & Epidemiology**
  Focus: research aimed at evaluating access to care, quality of care, system efficiencies and governance to improve cancer outcomes
- **On-PROST: Ontario Patient Reported Outcomes of Symptoms and Toxicity**
  Focus: developing and implementing Patient Reported Outcome Measures (PROMS) to set up systems to collect information from patients electronically as part of routine care
- **SCREEN-NET ONTARIO: The Ontario Cancer Screening Research Network**
  Focus: developing infrastructure and initiating pilot studies of cancer screening with the aim of increasing the number of research proposals in this area
- **Personalized medicine with targeted and genome-wide sequencing**
  Focus: creating a state-of-the-art joint Genomics Research Unit (GRU) at the University Health Network-Princess Margaret Hospital (UHN-PMH) and the Ontario Institute for Cancer Research
- **System Prototyping in Image-Guided Robotic Percutaneous Interventions**
  Focus: developing a computer software infrastructure (SPARKit) that will facilitate real-time images to guide diagnostic (such as biopsies) and therapeutic (such as radiotherapy) interventions

Looking Ahead

Future initiatives will include research to increase understanding of preventable risk factors and their determinants; population-based interventions in prevention and screening; investigation of the role of evidence and public engagement in health-policy decisions, and strengthening the provincial/national network of collaborating researchers.

4) OCCUPATIONAL CANCER RESEARCH

Occupational cancer can be defined as cancer caused wholly or in part by exposure to a carcinogen in the workplace. The Occupational Cancer Research Centre (OCRC) was established to fill the gaps in the knowledge of occupation-related cancers and to translate these findings into preventive programs to control workplace carcinogenic exposures and improve the health of workers.

The OCRC is jointly funded by Cancer Care Ontario, the Workplace Safety and Insurance Board and the Canadian Cancer Society, Ontario Division and was developed in collaboration with the United Steelworkers Union. The OCRC is managed and accountable through CCO. It comprises a core team located at Cancer Care Ontario, which includes the Centre Director, scientists, and research and administrative staff. In addition, there is a province-wide network of collaborators, including scientists and researchers from other organizations, trainees such as doctoral students; interns, as well as visiting and adjunct scientists.

2010/11 Highlights

Dr. Paul Demers was appointed as the permanent Director of the OCRC. Dr. Demers is a former Director of the University of British Columbia's School of Environmental Health and Scientific Director of CAREX Canada, a multidisciplinary team of researchers based at the School of Environmental Health, University of British Columbia.

In addition, there were 17 new or ongoing projects in all areas of the OCRC's research agenda (surveillance, causes, interventions). Twelve of these are ongoing projects using the Centre's core funding, and five are new projects that were funded through grants.

Two large public events were also held: the Centre's annual signature event, which this year focused on assessing the burden of workplace cancer, and a symposium on the health impacts of shiftwork co-sponsored with the Institute for Work and Health.

Looking Ahead
In 2011/12 the OCRC will continue to expand its research program, build occupational cancer research capacity, and deliver and exchange knowledge with a diverse stakeholder community. New initiatives this year will include:

- Assessing the human and economic costs of occupational cancer in Ontario and the rest of Canada
- Surveillance of occupational cancer by linking 1991 Census data with national tumour registry data
- Several public events, including a workshop on the classification of carcinogens and a symposium on interventions to mitigate the adverse effects of shiftwork
- Collaborative research projects with scientists from across Canada, the U.S., the U.K., France, and Finland

Besides increasing our understanding of the causes of workplace cancer, the results of these studies will provide data needed to make evidence-based decisions for the regulation of workplace carcinogens, as well as to support voluntary efforts by employers to reduce or eliminate exposure.

5) ABORIGINAL CANCER CONTROL

Cancer rates among First Nation, Inuit and Métis (FNIM) peoples are increasing disproportionately in comparison to overall Canadian cancer rates. FNIM people have higher mortality rates from preventable cancers and tend to present with later-stage cancers at the time of diagnosis. These facts underscore the need for improving Aboriginal screening and prevention strategies.

As part of the Aboriginal Cancer Strategy that was launched in 2004, CCO has worked hard to strengthen its relationship with Ontario's FNIM population through engagement and communication networks with all FNIM groups (including off-reserve Aboriginal organizations). These networks are designed to ensure a collaborative approach and help CCO to effectively support these groups in their current screening and prevention efforts.

2010/11 Highlights
To effectively leverage existing capacity and increase cancer screening awareness, CCO must have a good understanding of FNIM governance, programming infrastructures, and internal sub-networks. To that end, in the past year CCO has built direct engagement relationships with Ontario's FNIM groups, setting the foundation for the implementation of screening and other cancer control initiatives.

The Aboriginal Cancer Prevention Team provided train-the-trainer education workshops, called Let's take a stand against…Colorectal Cancer, in 37 locations, including several First Nation communities. More than 100 health-service providers participated in the workshops. In addition, the team assisted the First Nation communities of Garden River, Six Nations and Beausoleil to host the Giant Colon exhibit at their respective Health Fairs.

The Aboriginal Tobacco Program took the existing Play, Live, Be Tobacco-Free Toolkit and adapted it for a First Nation audience, with the goal of encouraging First Nation sport and recreation teams/organizations to become Tobacco-Wise.

Looking Ahead
One of the key initiatives planned is to strengthen CCO's relationship with FNIM, and to encourage them to participate in cancer control and screening through the renewal and implementation of the Aboriginal Cancer Strategy.

This strategy will focus on the following strategic priorities:

- Build productive relationships within and between CCO, the regions and FNIM people/communities
- Encourage FNIM to be tobacco-wise, which includes tobacco cessation, prevention, and protection
- Co-develop shared approaches to organized ICS for FNIM populations that Regional Cancer Centres and other partners will help implement across Ontario
- Support the provincial Palliative Care Strategy to address FNIM needs
- Continue research and surveillance work on FNIM cancer incidence and screening needs to address the rising burden of cancer in FNIM populations
- Encourage knowledge transfer and exchange to increase FNIM cancer education and awareness, and inform programming decisions. Cancer is not currently on the radar

of issues that need to be addressed in FNIM communities, and there is still a great deal of fear associated with the disease. Thus, there is a need to both educate and create awareness of cancer within the FNIM

During the year, CCO aligned its programs with government priorities, focusing on raising screening rates in never-screened and under-screened aboriginal populations and supporting the province's Smoke Free Ontario Act through its Aboriginal Tobacco Program. The program was created, with input from Aboriginal youth and guidance from community Elders, to create tobacco-wise media messages with and for Aboriginal youth.

6) PRIMARY CARE

The Primary Care and Cancer Engagement Strategy, which was proposed in Ontario Cancer Plan II (2008-2011), is designed to improve cancer care by engaging and integrating primary care providers throughout the whole cancer journey. Cancer Care Ontario's Provincial Primary Care and Cancer Network (PPCCN) is an innovative and unique network of primary care leaders engaged to link primary care providers with the cancer system across the province.

The network consists of one provincial and 13 regional family physician leaders who act as resources to primary-care providers in their regions to bring the voice of primary care to the cancer system and the voice of cancer to primary care. It initially focused on improving screening for colorectal cancer.

2010/11 Highlights

Over the past year, the Primary Care program working with the PPCCN achieved the following:

- Continued to engage family physicians and other primary care providers to improve Fecal Occult Blood Test (FOBT) screening rates throughout the province by delivering 122 provider education presentations that reached an audience of 4,642, comprised of 3,549 family doctors (with 87 Mainpro C credits and 430 Mainpro M1 credits distributed), 444 medical students, 331 registered nurses, 198 nurse practitioners, and 120 other primary care providers
- Led the development of primary care referral guidelines for suspicion of colorectal and lung cancer

Looking Ahead

The Primary Care engagement strategy is part of the Primary Care Program designed to strengthen the connection between family medicine and the cancer system.

The Primary Care engagement strategy is a clear action plan that initially focused on improving screening and detection rates within the ColonCancerCheck program and is currently being expanded to breast and cervical screening. In future, CCO will expand the Primary Care and Cancer Engagement Strategy to improve all aspects of cancer care in Ontario, including prevention, screening, early diagnosis, treatment, and care following cancer.

DIAGNOSIS

The time between the onset of symptoms and an actual cancer diagnosis is a critical phase of the cancer journey. There are considerable gains possible in this phase that offer the opportunity to significantly improve the patient experience and clinical outcomes. The initial thrust of the Ontario Wait Times Strategy focused on improving access to treatment after diagnosis. Cancer Care Ontario now is focusing on the patient's point of entry into the system to ensure cancer diagnoses are made as quickly and accurately as possible.

DIAGNOSTIC ASSESSMENT PROGRAMS

The time from suspicion to diagnosis is characterized by the need for many tests and consultations and often creates tremendous anxiety and stress for patients and their families.

To improve the diagnostic phase of the cancer journey, Cancer Care Ontario has supported the development and implementation of Diagnostic Assessment Programs (DAPs) throughout Ontario.

These programs provide single points of access for diagnostic services. They concentrate and coordinate diagnostic services, provide information and support to patients throughout the process, giving them access to multi-disciplinary expertise, information resources and psychosocial supports. DAPs also help family doctors access diagnostic tests for their patients, get patient test results and information, and improve workflow efficiencies among Primary Care Providers and Specialists. Through DAPs, Cancer Care Ontario is helping to improve the coordination of care, decrease wait times, improve the patient experience, and, where possible, minimize disease progression.

A key component of DAPs is the Diagnostic Assessment Program - Electronic Pathway Solution (DAP-EPS), developed by CCO with support from – and in partnership with – the Canadian Cancer Society. DAP-EPS is a patient-focused interactive website designed to improve the diagnostic health-care experience by providing patients with access to important information and support as they progress through their diagnostic journey, thus easing uncertainty at a difficult and stressful time.

2010/11 Highlights

In 2010/11, CCO successfully established DAPs within the 14 Regional Cancer Programs. Presently, lung DAPs exist in 11 regions and colorectal DAPs have been established in seven regions and Nurse Navigators have been established in the DAPs to support patients through this phase of the journey. Building on the success of these DAPs, CCO is also establishing prostate DAPs.

On May 30, 2011 the Diagnostic Assessment Program-Electronic Pathway Solution (DAP-EPS) officially went 'live' with a five-month pilot within the lung and colorectal DAPs at Waterloo Wellington Regional Cancer Program (Grand River Hospital) and Regional Cancer Care Northwest (Thunder Bay Health Sciences Centre).

Diagnostic Wait Times Project

The Diagnostic Wait Times Project focuses on measuring diagnostic efficiency by defining key points and intervals along the diagnostic continuum of care.

2010/11 Highlights

In the past year, the project built on best practices and lessons learned, exploring international trends in diagnostic wait-time measurements. More than 50 individuals with clinical, management and research expertise joined an expert panel and participated in a consensus building process to help define key points on the patient diagnostic journey.

Looking Ahead

Cancer Care Ontario has worked to develop provincial standards that define the organizational and practice-setting features expected of a diagnostic assessment program (DAP). These standards represent one of a series of strategies to achieve the overall goal of improved rapid access to diagnosis.

These two wait time intervals – Referral to Diagnosis and Diagnosis to Treatment – will be used to monitor the performance of Diagnostic Assessment Programs throughout Ontario.

To facilitate the collection of wait time data, the DAPs will begin benchmarking current diagnostic wait times in Ontario and setting targets for more timely diagnosis or ruling out of cancer in patients. The standardized collection of diagnostic wait time data is due to begin in the coming fiscal year.

STAGE CAPTURE/PATHOLOGY

The Stage Capture and Pathology Reporting project is a multi-year provincial initiative to improve the quality and completeness of cancer stage and pathology reporting data by implementing nationally endorsed data and reporting standards.

This initiative supports cancer system improvement and enhanced quality of patient care by providing new information to cancer system providers, researchers, and other decision-makers on cancer stage and pathology for all Ontario cancer patients.

Stage Capture Project

Staging is the classification of cancer cases according to the extent to which the disease has spread. The stage of a cancer is an important predictor of survival, and cancer treatment is primarily determined by staging. The goal of the Stage Capture Project is to develop data collection processes and tools that enable timely access to accurate, complete and comparable cancer stage data for all Ontario adult cancer patients. Ontario's model of data collection is leveraging new technologies to improve data capture.

2010/11 Highlights

This past year, CCO implemented an information technology solution to automate stage data capture from electronic synoptic (standardized) cancer pathology reports. As a result of this and other project components, population-based stage data are now available for all breast, colorectal, lung and prostate cancers diagnosed since 2007.

Looking Ahead

In 2011/12, CCO will complete the Stage Capture Project. Beginning with the 2010 diagnosis year, data for the four most common cancers (breast, colorectal, lung, and prostate) will all be staged using the new methodology. Data collection will also begin expanding to all other disease sites with the 2011 diagnosis year.

Pathology Reporting Project

Pathology reporting is a critical element in the diagnosis and treatment of cancer. It is used to determine the appropriate treatment or combination of treatments required for a patient. The Pathology Reporting Project aims to make cancer pathology reports more complete and consistent by helping hospitals change to a standardized electronic format called "synoptic cancer pathology reports in discrete data field format." The goal is to have all hospitals that electronically submit reports to Cancer Care Ontario use this new format.

2010/11 Highlights

Initial implementation of the Pathology Reporting Project was completed last year. Ninety Ontario hospitals now electronically submit cancer pathology reports to the Ontario Cancer Registry at CCO in synoptic format using discrete data fields. Pathology reporting in discrete data field format has increased from 60 to 90 percent for breast, lung, colorectal, prostate, and endometrial resections.

Looking Ahead

In 2011/12, CCO will complete the Pathology Reporting Project by shifting the focus from implementing synoptic tools to expanding synoptic reporting beyond for the five most common cancer resections to 63 types of cancer surgery and biopsies in all electronically reporting pathology hospitals in Ontario.

TREATMENT

DISEASE PATHWAY MANAGEMENT

Disease Pathway Management (DPM) is a new approach to improving quality of care, processes and patient experience for specific cancers by mapping and examining the entire cancer journey from start to finish. DPM uses a disease-specific approach, focusing on one type of cancer at a time, because the patient experience differs from one cancer to another.

DPM applies a framework for examining the performance of the entire system across the cancer journey – from prevention to recovery and end-of-life care – and identifies any gaps and bottlenecks along the way by developing pathway maps and using a multidisciplinary approach. The goal is to identify areas for improvement in the quality of care, processes and the patient experience and to support improvement in those areas. DPM serves as a catalyst for quality improvement by identifying issues, sharing data and facilitating regional multidisciplinary discussions about those issues. In addition, DPM provides pathway maps that depict recommended care and develops indicators to measure the impact of efforts against the identified issues.

2010/11 Highlights

Disease Pathway Management underwent a programmatic review by the Cancer Quality Council of Ontario (CQCO) in early summer 2010. The outcome of the review was a set of recommendations on how to strengthen the DPM approach in the following areas: accelerated production of pathway maps, work with the regions to find local areas for improvement, increased measurement focus on patient outcomes, and quality of care.

Other achievements in 2010/11 include:

- Continued development of disease-specific pathway maps, covering colorectal, lung, prostate and selected gynecological cancers
- Dyspnea Management Pilot Projects in six sites, resulting in positive impacts on symptom management and patient satisfaction
- Launching Prostate Cancer Disease Pathway Management with the assembly of a 53-member team, including 10 patient representatives, under the leadership of two clinical co-chairs
- Regional engagement sessions for colorectal cancer and lung cancer quality improvement

Looking Ahead

In 2011, Cancer Care Ontario will:

- Publicly release the first clinical pathway maps via the CCO website
- Identify prostate cancer Priorities for Action
- Make recommendations regarding improving guideline concordance for lung cancer

MODELS OF CARE

Demand for cancer services is expected to continue rising in the coming years, as a result of increasing cancer incidence and the prevalence and complexity of cancer treatments. In addition, health system resources remain constrained. Taken together, these factors will make it increasingly difficult to sustain current models of care delivery.

As a result, CCO has launched the multi-year Models of Care Initiative to change how Ontario will provide and pay for care, engage patients, and predictably and reliably plan for health human resource needs into the future.

At its core, Models of Care is informed by the need to implement new and innovative, best-practice, patient-centred, multi-disciplinary models of cancer care.

2010/11 Highlights

In its first year, the priorities for the Models of Care Initiative were evidence-informed planning of activities and determining priorities and scope. Early successes include:

- Engaging stakeholders in comprehensive discussions about planning, implementation and evaluation of new models of care delivery
- Developing a principle and data-driven approach for the determination of new human resource needs as well as their allocation throughout the province to meet priority care needs. Through application of this approach, we succeeded in securing support for 11 new radiation oncologists and 12 medical oncologists
- Facilitating collaboration by clinical leads and oncology business leads on proposals for changes to payment models which emphasize collaborative decision-making, information sharing, and accountability for access and quality in support of the new models of care

Looking Ahead

Cancer Care Ontario will:

- Initiate the staged implementation of best practice models of care. The first area of focus will be streamlining and improving the care of colorectal cancer patients who have completed active treatment
- Continue to refine processes to track health human resource needs and align human resources planning with overall system planning
- Work with partners to streamline and harmonize alternate funding plans for oncologists with a view to strengthening quality accountability

MULTI-DISCIPLINARY CANCER CONFERENCES

Multidisciplinary Cancer Conferences (MCCs) bring clinicians with various areas of expertise together in regularly scheduled meetings to discuss diagnosis and treatment of individual cancer patients. Participants represent medical oncology, radiation oncology, surgical oncology, pathology, diagnostic radiology and nursing. Other healthcare providers involved in a patient's care -- such as dieticians, rehabilitation specialists and pharmacists -- may also attend.

Evidence suggests that cases reviewed at MCCs are more likely to result in patients receiving evidence-based care, having all their treatment options considered, and enjoying better outcomes. MCCs are also a mechanism for peer review and quality assurance. They foster the development of a multidisciplinary culture across disciplines, and encourage hospitals across regions to work together.

CCO provides tools to help hospital staff start up or improve MCCs at their centres.

MCCs ensure that all appropriate diagnostic tests, all suitable treatment options, and the most appropriate treatment recommendations are generated for each cancer patient discussed.

2010/11 Highlights

In the past year, more than 20,000 patients were the focus of multidisciplinary discussions. Ontario regional centres were compliant with 78 percent of the minimum MCC quality criteria, up from 72 percent the year before.

This past year, an updated MCC web-based resource was launched, and an extensive evaluation of the impact of increasing the coverage and quality of MCCs is underway.

Looking Ahead

Over the next three years, regions will be accountable to more stringent quality and access criteria –the project has set a very challenging 2015 goal under which all hospitals treating more than 35 unique patients with a given cancer will ensure appropriate patients have access to high quality MCC discussion.

IMPROVING THE PATIENT EXPERIENCE

Cancer Care Ontario has made great strides in treating the physical aspects of cancer, but recognizes that there is much work to be done in dealing with the impacts cancer can have on a patient's emotional and psychosocial health.

2010/11 Highlights

Key accomplishments of 2010/11 include:

- Conducted a patient satisfaction survey, using the Ambulatory Oncology Patient Satisfaction Survey (AOPSS), of more than 8,000 patients. The survey assesses key patient experience dimensions: Emotional Support, Coordination/Continuity of Care, Respect for Patient Preferences, Physical Comfort, Information Communication and Education, and Access to Care
- Established a provincial patient advisory council (funded by a grant through the Canadian Health Services Research Foundation)

Looking Ahead

One of the strategies in the Ontario Cancer Plan 2011-2015 is to continue to assess and improve the patient experience.

The priorities for next year include:

- Continuing to engage and work with the Patient and Family Advisory Council to act as expert advisors in our efforts to improve the patient experience
- Continuing to measure and report on patient experience using the AOPSS tool
- Developing a comprehensive strategy to enhance measurement of patient experience
- Developing and implementing a set of patient-reported outcome measures specific to cancer

CANCER SURGERY

Cancer Care Ontario's Surgical Oncology Program works to continually improve the quality and accessibility of cancer surgery across Ontario. CCO manages the Cancer Surgery Agreement to enhance system accountability, meet short-term surgery volume requirements, and set the stage for longer-term improvements in the quality of cancer surgery and integration of the cancer system.

Thoracic Cancer Surgery Standards

Thoracic cancer surgery is a high complexity operation. The literature demonstrates a consistent relationship between thoracic surgeries performed in a designated thoracic cancer surgery centre and improved patient outcomes. There are 15 such centres in Ontario.

2010/11 Highlights

In 2010/11, CCO completed the implementation of provincial standards to consolidate thoracic cancer surgery in designated centres in order to optimize patient outcomes. As of December 2010, all non-designated centres have stopped performing thoracic surgery and have implemented plans to partner with a designated centre for the care of their thoracic cancer surgery patients.

Looking Ahead

It is expected that the province will soon successfully meet its target of 90 percent of thoracic surgeries performed within a thoracic designated centre. This is an important milestone, as successful outcomes such as lower mortality and decreased complications are clearly linked to the number of surgeries performed (minimum volumes), and to the availability of specialized surgical training and hospital resources.

Hepato-pancreatic-biliary Cancer Surgery Standards

Published evidence indicates that hospitals that perform high volumes of pancreatic surgery have better patient outcomes than those who perform fewer surgeries. CCO released the Hepato-pancreatic-biliary (HPB) Cancer Surgery Standards in 2006, with nine centres designated to perform HPB surgery. CCO understands that access to care close to home is important for patients, but this must be balanced by the need for high-quality and expert care.

2010/11 Highlight

As of March 2010, five hospitals met the volume requirements – one more than last year – and two more are very close to meeting the requirements to become designated HPB centres. The percentage of pancreatic cancer surgeries performed in designated HPB centres has increased from 79 percent in 2008 to 89 percent in 2010, while the percentage of liver cancer surgeries performed in a designated HPB centre has been relatively consistent at approximately 87 percent.

Looking Ahead

Ontario will soon meet its target of 90 percent of HPB surgeries in the province performed in specially designated centres.

Cancer Surgery Wait Times

Surgical wait times are measured by tracking the time between when a decision is made to operate and when the surgery takes place. The Ontario government's Wait Time Strategy has set targets for different types of surgeries.

As a partner in the Wait Time Strategy, CCO is responsible for directing and managing funding for cancer surgeries. Each patient case is prioritized by the surgeon and depends on many factors such as the type of cancer, patient complexity and progression of the disease.

2010/11 Highlights

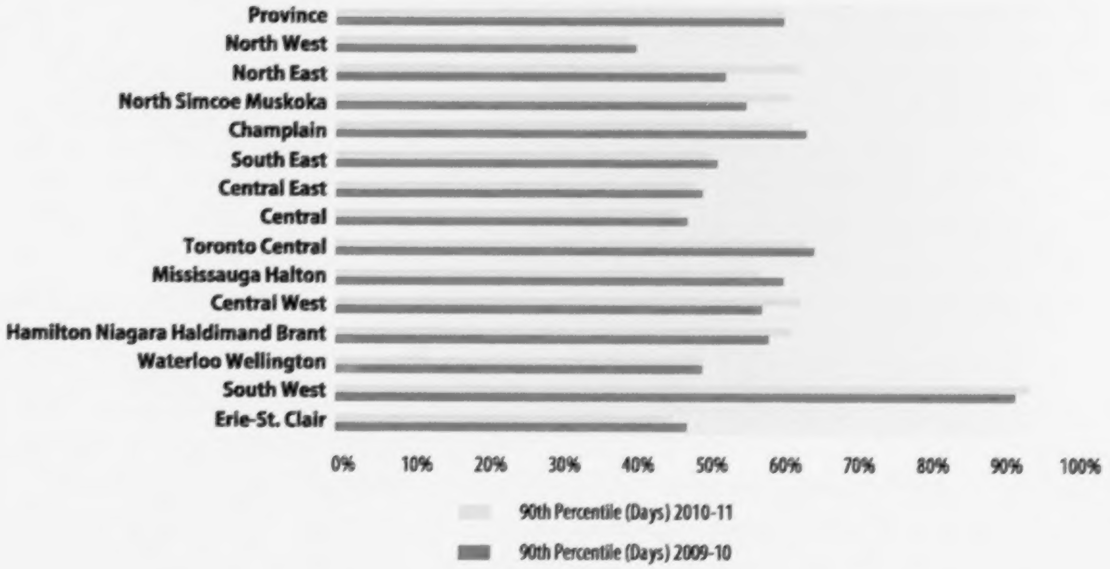
In 2010, 75 percent of cancer surgery cases were completed within their target times, an improvement from 2009/10.

Variation exists between disease sites and between priority levels. Endocrine, prostate and gynecological cancers have the lowest performance for Priority 2 cases, with 28 percent, 33 percent, and 39 percent, respectively, completed within their targets. Breast and sarcoma, on the other hand, have the highest performance for Priority 2 cases, with 66 percent and 82 percent, respectively, completed within target.

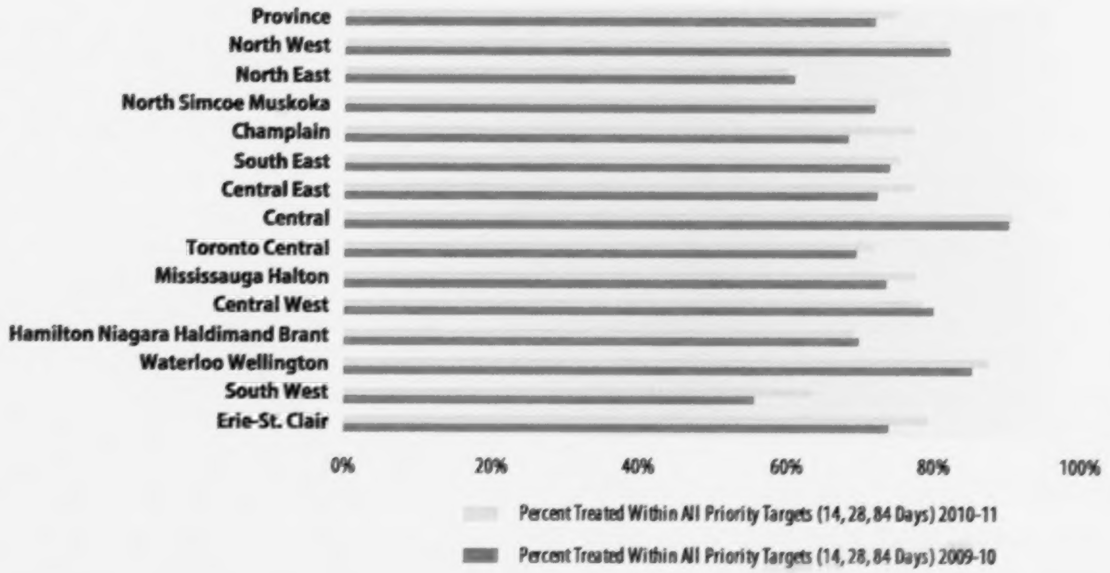
Looking Ahead

In 2011/12, CCO will continue to work with Regional Cancer Programs and hospital partners to improve cancer surgery wait times.

Cancer Surgery Wait Time - Decision to Operate to Operation Date 90th Percentile (Days)
Fiscal 2009-10 vs. 2010-11



Cancer Surgery Wait Time - Decision to Operate to Operation Date - Percent Treated Within (14, 28 and 84 Days)
Fiscal 2009-10 vs. 2010-11



RADIATION TREATMENT

Radiation treatment is the use of ionizing radiation (x-rays, gamma rays, and electrons) to destroy cancer cells. Ionizing radiation is a local treatment, affecting only the area treated, and is often used in combination with surgery or chemotherapy.

Improving Treatment Wait Times

CCO reports on how many patients are being treated within the recommended timeframe or targets, according to two intervals:

1. Referral to Consult – the time between referral and being seen by a radiation oncologist
2. Ready to Treat to Start of Treatment – the time between being ready for treatment and receiving treatment

The target wait time for the Referral to Consult interval is 14 days. Targets for the Ready to Treat to Start of Treatment interval vary from seven to 14 days depending on the patient's condition.

2010/11 Highlights

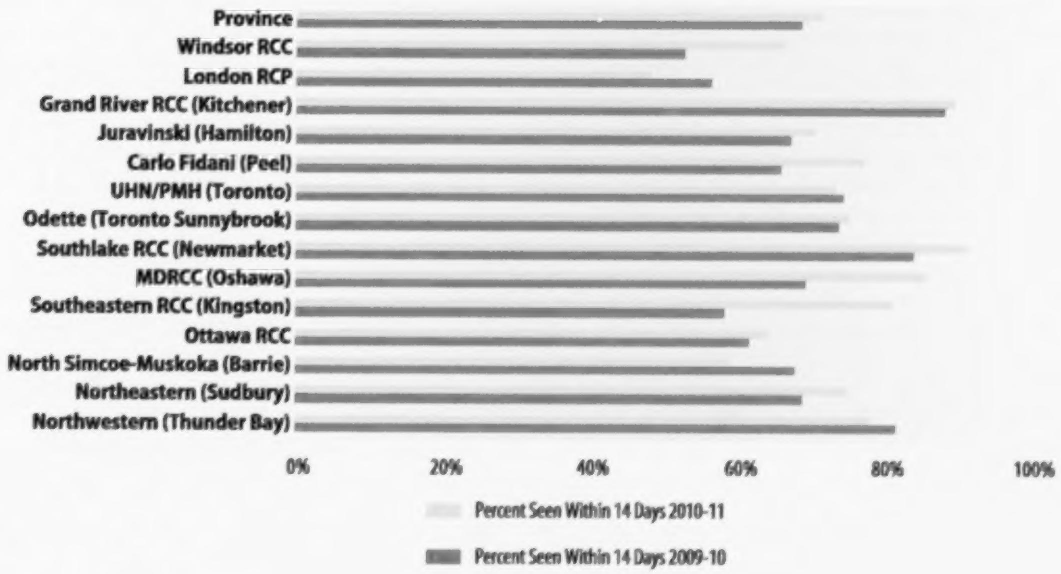
Wait times for cancer radiation treatment continued their decline across Ontario in 2010/11 compared to 2009/10. The Referral to Consult interval improved by 5 percent from 68.4 percent of patients being seen by a radiation oncologist within 14 days in 2009/10 to 71.5 percent in 2010/11 despite a 4 percent increase in patients. The Ready to Treat to Start of Treatment interval also improved by 8 percent from 75.8 percent of patients being treated within targets (1, 7, 14 days) in 2009/10 to 81.7 percent in 2010/11 with a 4 percent increase in the number of patients receiving treatment.

The results have been achieved in large part due to the investments made by the provincial government based on advice from CCO. Over the past five years, government investments in radiation infrastructure and equipment have increased the availability and access to cancer treatments across the province including the opening of new cancer centres in Newmarket (Southlake), and Durham as well as facilities expansions in Ottawa and Kingston. Two new satellites in Ottawa and Sault Ste Marie also came on stream in that period. These investments have resulted in an increase in 15 treatment units between July 1, 2007, and March 31, 2011.

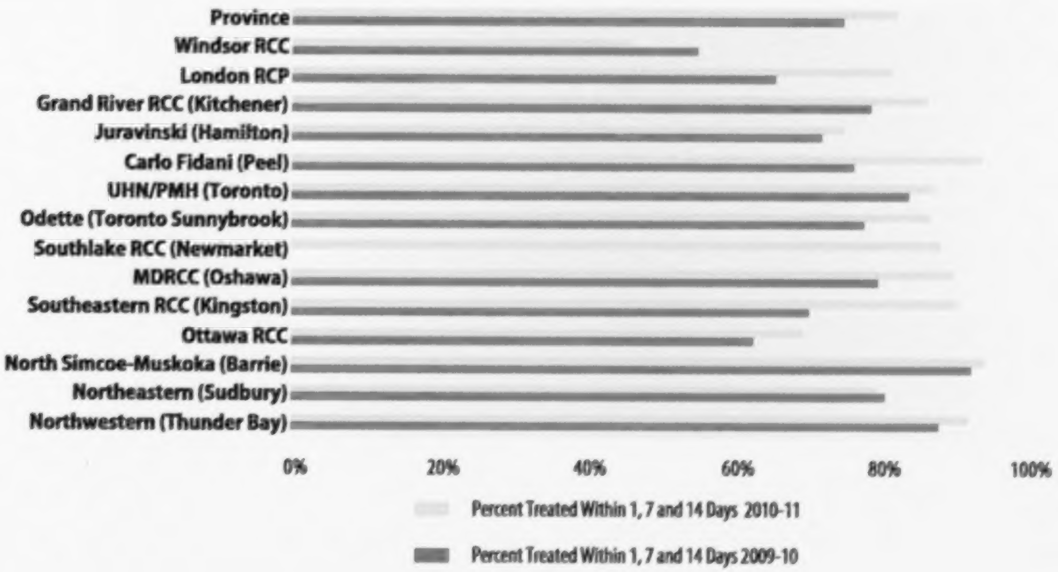
Looking Ahead

New cancer centres are scheduled to open in the next two years in the Niagara Region and Barrie.
These centres will ensure that patients can receive care closer to home and not have to travel to another centre for treatment. Increased capacity may help to decrease wait times and improve the utilization of radiation treatment.

Radiation Referral to Consult Wait Time - Percent Seen Within 14 Days
Fiscal 2009-10 vs. 2010-11



Radiation Ready to Treat to Treatment Wait Time - Percent Trested Within 1, 7 and 14 Days
Fiscal 2009-10 vs. 2010-11



Note: Data for Southlake RCC (Newmarket) only available for 2010-11

Intensity Modulated Radiation Treatment

Intensity Modulated Radiation Treatment (IMRT) is a precise method of delivering high-doses of radiation to a tumour while significantly reducing doses to the surrounding healthy tissues. This increases local control, reduces treatment-related morbidity and increases patient quality of life and cure rates. IMRT is commonly used to treat patients with breast, prostate, head and neck cancer, as well as brain tumours, sarcomas and pediatric cancers. In 2009/10, CCO broadened patients' access to IMRT through the development of a province-wide approach to implementing IMRT, which is the current standard of care in radiation treatment. From 2008/2009 to 2010/11, there were dramatic increases in the percentage of IMRT being delivered across the province, with the provincial average for all radical IMRT courses (excluding breast) having increased from 17.7 percent to 32.2 percent, respectively. The Radiation Treatment Program continues to work on these improvements by fostering an environment of knowledge exchange, quality assurance, sharing best practices among the cancer centres, providing targeted coaching initiatives, and improving access to specialized courses and symposiums.

2010/11 Highlights

The past year saw the development of disease-specific evidence-informed guidelines for IMRT. These guidelines have strengthened CCO's ability to monitor appropriateness of care in Ontario.

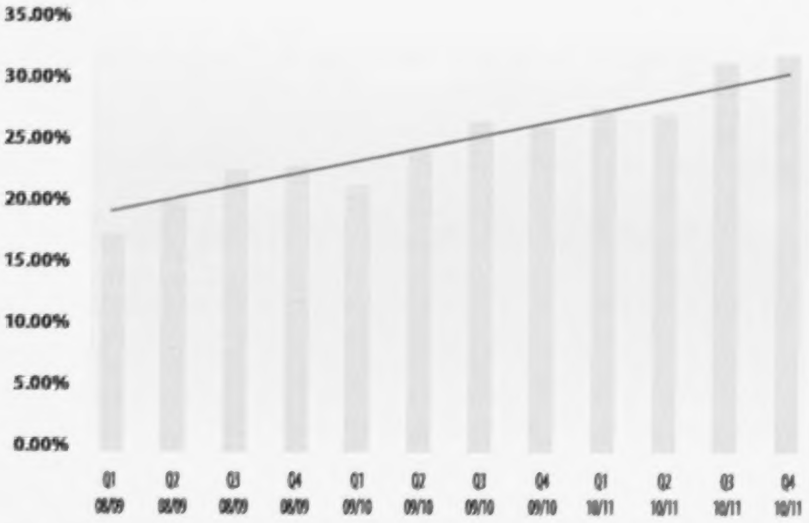
In addition, CCO enabled educational courses for more than 215 multidisciplinary health-care professionals, including radiation oncologists, radiation therapists and medical physicists from across the province.

Expert coaching teams from well-established programs provided guidance for five cancer centres developing their programs. This provided hands-on training, sharing of best practices and expedited IMRT Implementation.

Looking Ahead

In the coming year, CCO is planning to hold several IMRT Image Matching educational courses and workshops for multi-disciplinary teams from across Ontario, in addition to providing coaching opportunities to requesting cancer centres.

** CCO will also publish disease-specific IMRT indications and cost effectiveness analysis.



Percentage of radical courses treated with IMRT
Excluding breast. Data taken from June 2011 File

Excluding Breast IMRT
Q4 Data preliminary

Clinical Specialist Radiation Treatment

The use of Clinical Specialist Radiation Therapists (CSRTs) has been shown to improve access to services, reduce wait times, and lead to development and implementation of process improvements.

The main focus of the CSRTD Demonstration Project is to assess the added value to the cancer care system of developing new radiotherapy positions in line with the Ministry's priorities of decreased wait times, increased access and improved health of Ontarians. The project is intended to create a model for development and implementation that would ensure standardized implementation of CSRT positions across Ontario.

Project goals include ensuring:

- All patients across the province receive appropriate and quality radiation treatment based on best available evidence and expert consensus
- Radiation treatment is delivered in a way that is safe for patients and staff across the province
- All patients access the radiation system appropriately, and as quickly and as efficiently as possible
- Patients receive care in a coordinated way in the right place as close to home as possible
- The fostering of an environment of technical innovation and participation in clinical trials and research

2010/11 Highlights

The eight CSRTs in four cancer centres continued to help improve wait times and access to care for patients by identifying potential efficiencies and improving effectiveness of care through innovation and enhanced services.

CSRTs also continue to make significant contributions to the knowledge base of not only radiation therapy practice, but to the overall practice of radiation medicine with publications of manuscripts, presentations and participating in research studies.

Looking Ahead

The initiative will move into a three-year sustainability building phase to permanently integrate the CSRT role into Ontario's cancer care system, expand the position to all regional cancer programs, and work with the Canadian Association of Medical Radiation Technologists to formalize the role.

SYSTEMIC TREATMENT

Systemic treatment – or chemotherapy – uses drugs to slow or stop cancer cells from multiplying or spreading to other parts of the body. As with most cancer treatments, the sooner chemotherapy is given, the better the likely outcome for the patient.

Improving Treatment Wait Times

Wait times for systemic treatment have improved despite an increasing incidence and prevalence of cancer and growing demand for cancer services.

CCO publicly reports monthly current, comprehensive and specific Systemic Treatment Wait Times information. Systemic Treatment wait times are reported according to two intervals:

1. Wait times by target for Referral to Consult – The time between a referral to a specialist to the time that specialist consults with the patient
2. Wait times by target for Consult to Treatment – The time between a specialist consult with the patient and the time the patient receives his or her first chemotherapy treatment

The target for both Consult to Treatment and Referral to Consult is 14 days.

Systemic new cases
2009/10 40,526
2010/11 47,748
Increase of 17.8 percent in cases funded by CCO

Regional Systemic Treatment Program

The Regional Systemic Treatment Program initiative aims to ensure the highest quality of systemic treatment is available to Ontarians, as close to home as possible. The program has set a number of evidence-based standards for the safe and effective delivery of systemic treatment. This is accomplished through the establishment of regional programs and partnerships, network building, best practice sharing and implementation of evidence-based guidelines.

2010/11 Highlights

As of October 2010, 84 percent of Ontario hospitals providing chemotherapy had updated policies and procedures in place for the safe handling of cytotoxics (immunosuppressive drugs). This is up from 77 percent in 2009.

In 2011, Cancer Care Ontario initiated a Patient and Provider Safety Collaborative in each region that will identify further areas for improvement that optimize safe delivery from orders through preparation to administration.

System planning was strengthened to accommodate the expected increase in demand for treatment. CCO worked closely with provincial stakeholders to identify required health human resources (e.g. medical oncologists).

Incremental funding for systemic treatment was provided to community hospitals to expand capacity and deliver care close to home.

In keeping with CCO's emerging work in providing oversight for very specialized cancer services, the Stem Cell Transplant Oversight Program was introduced in 2010 for planning and monitoring of in-province delivery of high quality stem cell and bone marrow transplant services.

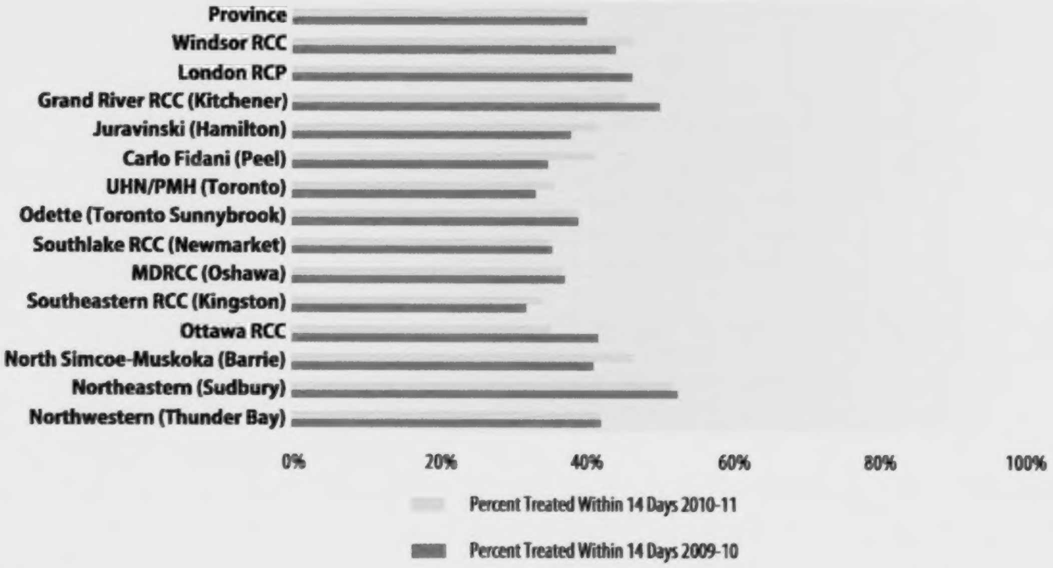
CCO is developing an application to enhance, capture and analyze the minimum data set required to support the Stem Cell Transplant Program's objectives. CCO is collecting Stem Cell Transplant (SCT) related data from SCT Facilities with Personal Health Information (PHI). The program began with a defined minimum data set for 2010/11. Additional elements will be added in 2011/12 as the program develops further.

Looking Ahead

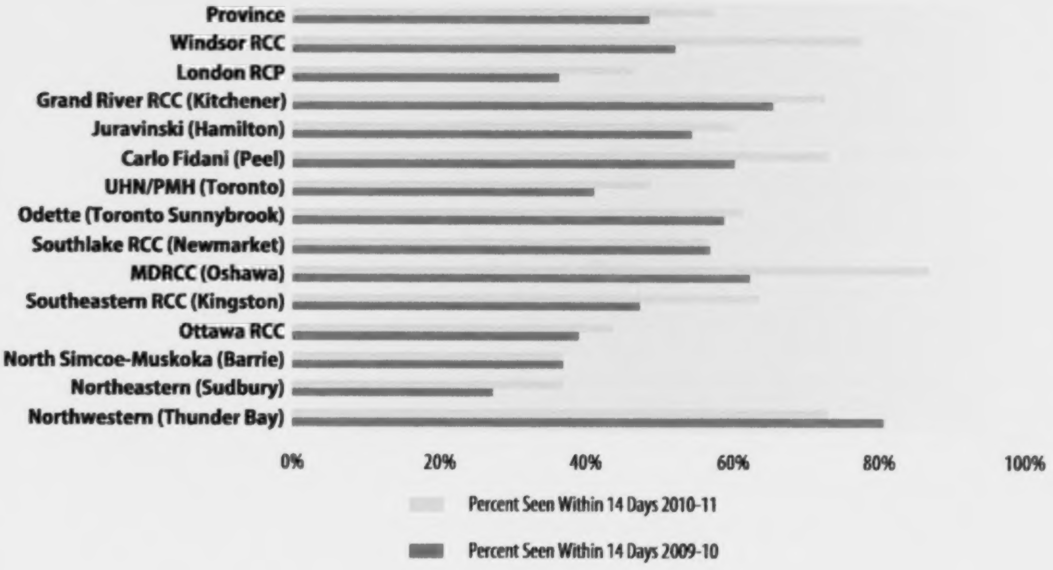
CCO is set to expand and improve the use of Systemic Treatment Computerized Physician Order Entry (CPOE) in Ontario. CPOE is a critical tool for promoting patient safety because it minimizes errors in guidelines, enhances understanding of complex drug regimens, and limits exposure of health-care providers to cytotoxins. The CPOE expansion project involves expanding OPIS, CCO's chemotherapy medication-ordering software, to an additional 15 hospital sites. It also supports a number of other initiatives, including enhancing CCO's drug formulary eTool, sharing CPOE best practice guidelines, expanding data collection and improving the hospital electronic claims process for the New Drug Funding Program.

The expansion is expected to be completed by March 31, 2013.

Systemic Consult to Treatment Wait Time - Percent Treated Within 14 Days
Fiscal 2009-10 vs. 2010-11



Systemic Referral to Consult Wait Time - Percent Seen Within 14 Days
Fiscal 2009-10 vs. 2010-11



CANCER IMAGING

The Cancer Imaging Program (CIP) at Cancer Care Ontario was created in 2009 in recognition of the importance of imaging in all phases of the cancer care journey.

2010/11 Highlights

During the past year, the CIP established regional leadership to create a clinical quality agenda for cancer imaging to ensure that patient needs across the province are represented and addressed.

2010 was also the first year that CCO became accountable for Positron Emission Tomography imaging in the province. PET is a nuclear imaging technique that produces a three-dimensional image or picture. It can be useful in determining the extent of some cancers and other diseases, which helps determine the most appropriate treatment.

Over the past year, the program has continued to build evidence for PET imaging to ensure that Ontarians receive imaging, leading to the best possible outcomes. Initiatives such as the PET Access Program and the launch of an online referral system to streamline the referral process and decrease delays continued to improve accessibility for Ontario patients in 2010/11.

Looking Ahead

In the next three years, CCO is looking to build on the foundation put in place in 2010/11, including:

- Identifying best-practice standards for imaging throughout the patient journey, beginning with lung and colorectal cancers
- Implementing a knowledge transfer strategy to improve physician awareness of appropriate practice
- Identifying contributing factors to wait times for priority interventional radiology procedures
- Continuing to focus on ensuring all Ontario patients who may benefit from a PET scan are referred
- Expanding access to emerging indications for PET
- Continuing to be transparent regarding processes and decisions related to PET scanning

MOLECULAR ONCOLOGY

Personalized medicine is a burgeoning area that is poised to fundamentally change how cancer is diagnosed and treated. Personalized medicine tailors medical treatments to the unique characteristics of each individual patient. It relies on an understanding of how a person's unique molecular and genetic profile makes him or her susceptible to certain diseases, as well as which medical treatments would be therefore safe and effective and which ones would not be.

Because each person is unique, the nature of diseases – including their onset, their course, and how they might respond to drugs or other interventions – is as individual as each person. Personalized medicine is about making the treatment as individualized as the person and the disease.

Molecular Oncology – an area of personalized medicine – uses information about a person's genetic composition to predict cancer and its prognosis, and to diagnose, monitor and select cancer treatments most likely to be of benefit to the individual patient.

2010/11 Highlights

CCO established a provincial expert advisory committee to provide evidence-based advice that will inform system planning, new test development, access and quality assurance.

Looking Ahead

CCO will publish results of the advisory committee's horizon-scanning and evidence-review activities and will work with partners to develop a mechanism to allow timely introduction of new molecular tests, diagnostic prediction, and targeted therapeutics as they relate to cancer.

THE NEW DRUG FUNDING PROGRAM

The New Drug Funding Program (NDFP) funds new and expensive cancer drugs that are supported by clinical guidelines and pharmacoeconomic evidence, and helps ensure that Ontario cancer patients have equal access to high-quality hospital-administered cancer drugs, regardless of where in Ontario they live. The NDFP is administered by CCO and was established in 1995. It is now one of seven public drug programs funded by the MOHLTC.

2010/11 Highlights

In 2010/11, the MOHLTC invested approximately $220 million into the NDFP to reimburse more than 23,000 patient cases with a total of 27 cancer drugs and 61 indications.

Also this past year, two new drugs and three new cancer indications were approved.

Looking ahead

Cancer Care Ontario will continue to enhance the NDFP in 2011/12 by:

- Implementing an Evidence-Building Program for cancer drugs that will support making cancer drugs available when evidence is emerging or incomplete
- Implementing the Case-By-Case (Compassionate) review program, which will provide public funding for otherwise unfunded drugs in exceptional, life-threatening circumstances
- Working to support enhancements to CCO's Computerized Physician Order Entry system
- Working with the MOHLTC to support the transition from the Interim Joint Oncology Drug Review to the new pan-Canadian Oncology Drug Review

ONTARIO CANCER SYMPTOM MANAGEMENT COLLABORATIVE

The Ontario Cancer Symptom Management Collaborative (OCSMC) aims to improve the patient experience by enhancing the quality and consistency of the patient's physical and emotional symptom management. The collaborative involves all of the Regional Cancer Programs in promoting earlier identification, documentation and communication of patients' symptoms. Ideally, this leads to better symptom management and collaborative care planning which improves the patient experience across the cancer journey.

The OCSMC employs common assessment and care management tools, including an electronic tool called Interactive Symptom Assessment and Collection (ISAAC), which puts patients in control of their symptom assessment.

2010/11 Highlights

Implementation of routine patient symptom assessment steadily improved over the past year. As of March 2011, 34,000 assessments are occurring each month. This represents 50 percent of all cancer patients seen at the Regional Cancer Centres.

All of CCO's 14 Regional Cancer Centres and 10 partner systemic treatment hospitals now offer patients the ability to report their symptoms electronically. CCO also supported the integration of ISAAC with hospital electronic health records at six cancer centres to improve communication and reduce workload.

Evidence-informed symptom management guides-to-practice and clinical algorithms were published to help clinicians manage a patient's symptoms and to make appropriate referrals when necessary. CCO is supporting strategies to enable the use of these guides, including making them available as mobile applications.

Looking Ahead

CCO will continue to measure and report on symptom assessment and the 2011/12 provincial target is for 70 percent of all cancer patients visiting regional cancer centres to be screened each month. Access to ISAAC will be expanded to an additional 10 partner hospitals this year. Activities are also underway to increase clinician use of symptom management guides and CCO will measure the adoption and success of the guides.

SURVIVORSHIP AND FOLLOW-UP CARE

Due to advances in early detection and screening, as well as improved treatments, people are living longer with cancer. By 2017, an estimated 400,000 Ontarians will be living with the disease, representing a 40 percent increase in the space of 10 years. Survivorship care is clearly becoming a separate and important branch of cancer care, requiring its own guidelines and best practices.

In 2008, CCO struck an expert panel to provide us with advice on our role in survivorship care. The group has identified two priorities:

1. Reducing the variability and standardizing survivorship care by strengthening the evidentiary base
2. Promoting innovative models of survivorship care

2010/11 Highlights

Highlights of the past year include the development of an evidence-based guideline on colorectal cancer follow-up care and the development of a guideline on models of survivorship and follow-up care.

Looking Ahead

CCO will continue work to identify evidence-based, innovative models of survivorship and follow-up care, such as shared-care and group visits, which will optimize the use of system resources, while maintaining or enhancing the patient experience. The first area of focus will be implementing CCO's new evidence-based guideline on colorectal cancer follow-up care. The roll-out of this new model of care will be guided by demonstration projects, and supported by a comprehensive knowledge transfer and exchange program.

INFRASTRUCTURE

CAPITAL PROJECTS

One of Cancer Care Ontario's primary responsibilities is coordinating capital investments to build and equip cancer diagnosis and treatment facilities. This includes everything from the building of new cancer centres to implementing the Radiation Treatment and Related Equipment Replacement Strategy, which is designed to ensure that Ontario patients benefit from infrastructure that meets the needs and quality of care standards.

2010/11 Highlights

In the past year, CCO focused on these infrastructure priorities:

- Ongoing development/expansion of major cancer treatment facilities: North Simcoe Muskoka Regional Cancer Centre in Barrie, Expansion of Sudbury Regional Hospital - Regional Cancer Program in Sault Ste Marie and ongoing construction of the Walker Family Cancer Centre at the Niagara Health System in St. Catherine's, an integrated program of the Juravinski Cancer Centre in Hamilton
- Secured an additional one-time allocation for radiation replacement funding totaling $4.5 million to augment the annual $29.5 million allocation. This $34.0 million was allocated to 10 regional cancer centres to upgrade radiation equipment with more advanced units
- Provided technical advice and co-ordination for the construction of new facilities in Niagara, Kingston and Barrie
- Issued Request for Proposals to establish Vendor of Record arrangements for Radiation Treatment Machines, Radiation Oncology Information Systems and Treatment Planning Systems
- The cancer centre is now open in Sault Ste. Marie with the completion of the construction of the new Sault Area Hospital

Looking Ahead

Activities planned for the year ahead include:

- Development of a Capital Investment Strategy for Radiation Treatment Services
- Securing of funding for additional radiation treatment equipment in Durham, Grand River and Newmarket
- Monitoring and assessment of the introduction of new radiation treatment and simulation technologies as they relate to CyberKnife units in Ottawa and Hamilton, and Magnetic Resonance Simulator in London
- Moving forward with capital investments in new treatment facilities in, Barrie, Niagara, and Kingston
- Relocation of the Portable Radiation Treatment Facility from Ottawa to Peterborough to provide care to patients in the Peterborough region. The relocation of this facility means approximately 400 patients a year will not have to travel to Oshawa for treatment
- Managing the Radiation Replacement Grant process to distribute funding based on provincial priorities, and working to secure additional funding to better address the increasing amount of aging radiation equipment eligible for replacement

ACCESS TO CARE

Access to Care works to improve patients' access to health-care services and reduce wait times in support of the provincial Government's Wait Time and ER/ALC Strategies. ATC achieves this through its leadership role in advising government on the use of information to improve access to services across Ontario's health-care system, as well as through the development and deployment of new information solutions.

ATC provides high-quality information products and services to the Ministry of Health and Long-Term Care, LHINs, hospitals, the public and other key stakeholders. These products enable performance improvement and ensure accountability within healthcare organizations. They contain information from ATC's four lines of business:

1. Alternate Level of Care Information
2. Emergency Room Information
3. Surgery and Diagnostic Imaging Wait Times
4. Surgical Efficiency Targets Program

ALTERNATE LEVEL OF CARE INFORMATION

In 2008/09, it was decided that as part of the ER/ALC Information Strategy the Wait Times Information System would be expanded to include ALC information in near real-time in both acute and post-acute care. The 114 hospitals involved in this project represent about 95 percent of hospitals beds in Ontario.

2010/11 Highlights

Activities undertaken this past year, in partial fulfillment of CCO's commitment to deliver on the ER/ALC Information Strategy, include:

- Development of the WTIS-ALC application and deployment to six hospitals
- Identification of barriers to movement of ALC patients with very long waits, which led to strategies that were implemented by LHINs

Looking Ahead

In 2011/12 ALC will fully deliver on the recommendations in the ER/ALC Information Strategy focused on capturing ALC information including:

- Deployment of the WTIS-ALC to the remaining 108 acute and post-acute care facilities
- Transition of performance report data sources from ALC Interim Upload Tool to the WTIS-ALC
- Addition of self-reporting functionality through iPort™ Access, for hospitals, LHINS, and the MOHLTC. iPort is a secure, web-based analytic tool that provides planners and policy-makers with instant access to clear and accurate provincial and LHIN level cancer information
- A one-year follow-up to the ALC Long Wait Cases study using live data to determine performance improvements
- Enhancement to the WTIS-ALC, including additional data elements, based on recommendations from ATC stakeholders

EMERGENCY ROOM INFORMATION

The more that is known about the flow of patients through the ER, the more the patient experience can be improved and wait times reduced. The ER/ALC Strategy includes streamlining ER data submission and enabling linkages to other data sets.

To address this, ATC partnered with the Canadian Institute for Health Information (CIHI) to leverage the National Ambulatory Care Reporting System (NACRS) for the timely collection of ER wait time data. The Emergency Room National Ambulatory Initiative (ERNI) was introduced in 2009 to help measure and report how long patients were spending in the ER. Ninety-one facilities across the province are collecting and submitting ER data, which is now publicly reported.

2010/11 Highlights

As part of an expansion of ERNI, in May 2011 hospitals began collecting five new data elements related to consults by physician specialists. In total, clinicians will be collecting 38 data elements related to the patient journey through the emergency room. This includes everything from ambulance offload time, to when patients are first seen by a physician and then eventually leave the emergency department.

Also in 2010/11, CCO developed a clinical engagement program strategy that focused on data quality improvement. ATC worked with 91 clinical leads to help educate ER staff and champion the importance of high-quality data.

Looking Ahead

In 2011/12, CCO ER Information strategic planning will focus on advancing program objectives. This will include:

- Proposing new data elements for addition to the ERNI data set
- Continuing to focus on compliance and data quality to ensure that ER information is meaningful to all stakeholders

SURGERY AND DIAGNOSTIC IMAGING WAIT TIMES

The Wait Times Information System is a province-wide system that tracks, measures, and reports on surgical and diagnostic wait times. More than 3,300 clinicians in 94 wait time-funded hospitals submit information on 2.3 million adult and paediatric surgeries and MRI/CT scans each year in Ontario. Public reporting of this information began in 2006. Clinicians use a standard patient priority rating and targets that were developed by expert panels.

2010/11 Highlights

Last year, public reporting of wait times was expanded to include all surgical areas. Seventy-five percent of patients in Ontario received treatment within government benchmarks for all procedures. For example, CT scans were performed 50 days sooner, which is a 62 percent improvement.

Looking Ahead

2011/12 will bring significant enhancements and additions to the WTIS including:

- Expansion of the WTIS to capture Wait 1 for surgery. Wait 1 is the wait time from referral to a surgical specialist to the first consultation. This data will assist in understanding the total wait time for surgery and inform access performance improvement strategies. Reporting will begin in 2012/13
- Deployment of the WTIS to hospitals with new or additional MRI/CT machines
- Development and rollout of an Orthopaedic Quality Scorecard for hip and knee replacements which provides hospitals and LHINs with a tool to support quality improvement
- Enhancements to the WTIS for both surgery and diagnostic imaging to improve quality of data being captured

SURGICAL EFFICIENCY TARGETS PROGRAM

The Surgical Efficiency Targets Program (SETP) uses data about Operating Room (OR) performance to identify areas where performance issues exist in the perioperative (the duration of a patient's surgical procedure, from admission to discharge) portion of the continuum of care. SETP measures and reports on surgical management Key Performance Indicators, benchmarks the performance of comparable hospitals, and establishes provincial performance targets in support of process improvements.

This program helps to optimize surgical capacity in Ontario, increases access to surgical services and maintains high-quality patient care.

2010/11 Highlights

Over the past year, SETP implemented standardized procedure service reporting, enhanced reporting of surgical delays and cancellations, and initiated public reporting of the Surgical Safety Checklist.

Since reporting began, compliance among SETP hospitals has been above 90 percent, meaning that all three phases (Briefing, Timeout and Debriefing) of the checklist have been conducted.

Looking Ahead

Next year, SETP will:

- Identify opportunities to drive provincial perioperative performance improvements
- Implement standard definitions for preadmission screening and surgical blocks which will improve data quality and promote better consistency across the province
- Establish provincial performance targets for the Percentage of Patients Screened Prior to Surgery and Percentage of Subsequent Case On-Time or Early Indicators
- Promote sharing of perioperative leading practices across hospitals

ONTARIO RENAL NETWORK

Provincial Program Management

CCO is overseeing the newly established Ontario Renal Network as it moves forward with establishing leadership, governance, and accountability structures to enable the implementation of a world-class system for delivering care to Ontarians living with chronic kidney disease.

At the provincial level, the ORN has formed a joint executive committee with the MOHLTC. The ORN's work plan, including the provincial organizational structure and budget, was approved by the MOHLTC. An evaluation framework for the ORN consisting of key deliverables and targets has been developed.

The ORN has also established the Ontario Renal Council, which has a broad range of stakeholders bringing diverse perspectives and advice to the work of the ORN.

The ORN has recruited a strong provincial leadership team and struck a number of important committees to lead the implementation of its goals and activities. These committees include:

- A Clinical Advisory Committee – consisting of the Provincial Medical Director (chair) and six nephrologists with regional, academic and community representation across the province – which meets regularly to provide clinical guidance to the work of the ORN
- The Data Collection and Analysis Advisory Panel (DCAAP) – consisting of representation from the former The Renal Disease Registry (TRDR) Advisory Committee, ORN leadership and other stakeholders – which meets regularly to provide expert feedback and input on data and performance reporting activities
- A Hospital Liaison Committee – consisting of hospital CEOs and senior administrators from each of the 26 Regional CKD programs, and five direct funded satellites across the province – which has been established to act as a critical sounding board for hospital administration related activities (e.g., funding models)
- A Provincial Leadership Forum – comprising the 14 ORN Regional Directors – which meets monthly as a forum to plan and coordinate the provision of CKD services in Ontario

Funding Agreements and Allocation

The MOHLTC has endorsed a new process for the allocation of funds for CKD. This requires the ORN to manage the process of allocating funds for incremental service and advise on base funding allocation. To support this function, the ORN has engaged in the following activities:

- Contractual CKD Program Agreements for incremental funding have been signed with CKD service providers (hospitals and directly funded satellites) across the province. The agreements set incremental funding based on volumes, performance, quality improvement activities and data submission requirements
- The 2010/11 in-year incremental funding allocation process was led by the ORN and completed in collaboration with CKD Regional Programs, LHINs and the MOHLTC. This process required extensive engagement with hospitals to review funded and year-end forecast activity volumes, to resolve data discrepancies, and to make any necessary funding adjustments

Activity-based Funding Model

In November 2008, the Joint Policy and Planning Committee (JPPC) recommended a case-based funding model for CKD that addresses a shortfall in CKD costs and accounts for clinical complexity. In response to the MOHLTC's request to develop a new funding model for CKD by 2010/11, a proposed funding framework was developed and reviewed by the Clinical Advisory Committee, the Provincial Leadership Forum and a Funding Model Reference Panel.

This framework is currently being discussed with the 14 Regional Renal Steering Committees across the province as well as the MOHLTC. In the spring of 2011, the MOHLTC made an initial investment in this enhanced framework.

Capacity Planning

The MOHLTC has requested that the ORN develop a provincial dialysis capacity plan that will project current dialysis service utilization patterns in Ontario to 2013, thus determining what, if any, need exists for additional dialysis capacity. This year the ORN has:

- Identified the dialysis capacity surplus/shortfall for each LHIN using current patient travel patterns, drive time analysis, dialysis station utilization rates and home dialysis rates, and proposed options to maximize existing capacity in each region where appropriate
- Developed a Provincial Capacity Plan with recommendations to the MOHLTC

Regional Program Management

The ORN now has a regional structure to support the effective business operations and implementation of CKD program priorities across the province. This structure is carrying out its mandate to improve the coordination, management and quality of CKD services in the province.

The recruitment of 14 Regional Directors and 14 regional medical leads has been completed in each LHIN.

Performance Measurement and Management

Performance measurement and management is one of the core areas of business for the ORN. Tracking progress on the success of the ORN's strategic initiatives at both a provincial and regional level will help inform discussions with regional CKD programs on areas that require additional attention or support. The following initiatives are underway in this area:

- A performance measurement and management cycle has been developed to track progress and will be fully implemented in 2011/12
- A regional report and scorecard of key performance metrics has been developed to support the performance management process
- The Clinical Advisory Committee has identified and endorsed a set of quality indicators for CKD that are aligned with the generally accepted guidelines published by the National Kidney Foundation in the United States (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) and the Canadian Society of Nephrology

Information Management/Technology

Until recently, data was available for only half of chronic dialysis patients in the province. The ORN is investing in an information management system that will obtain timely data on all CKD patients in the province. This will enable the development of a baseline picture of quality in the province. The following progress has been made towards this broader goal:

- An agreement was signed with University Health Network to transfer The Renal Disease Registry (TRDR) including intellectual property, two renal disease registry staff, technical infrastructure and data previously captured by the registry to the ORN
- A one-time survey was administered to CKD programs across Ontario, representing approximately half of programs that did not historically submit data to TRDR
- The ORN now has a provincial, minimum data set entitled the Ontario Renal Reporting System (ORRS), on all chronic dialysis patients in the province
- The ORN has now implemented a monthly data capture and reporting process for incident and prevalent chronic dialysis patient information
- A data sharing agreement between CCO and the Canadian Institute for Health Information has been signed
- The ORN has commenced collection of CIHI's Canadian Organ Replacement Registry (CORR) chronic dialysis patient information to streamline data collection activities on behalf of CKD service providers in Ontario
- A secure portal for transmission of personal health information has been established for use by CKD service providers
- An ORRS technical infrastructure rebuild is underway
- The development of a long-term, integrated solution to electronically capture data from CKD service providers across the province is currently underway

Communications and Stakeholder Relations

In an effort to improve the organization's transparency and develop relationships with stakeholders, the following activities are underway:

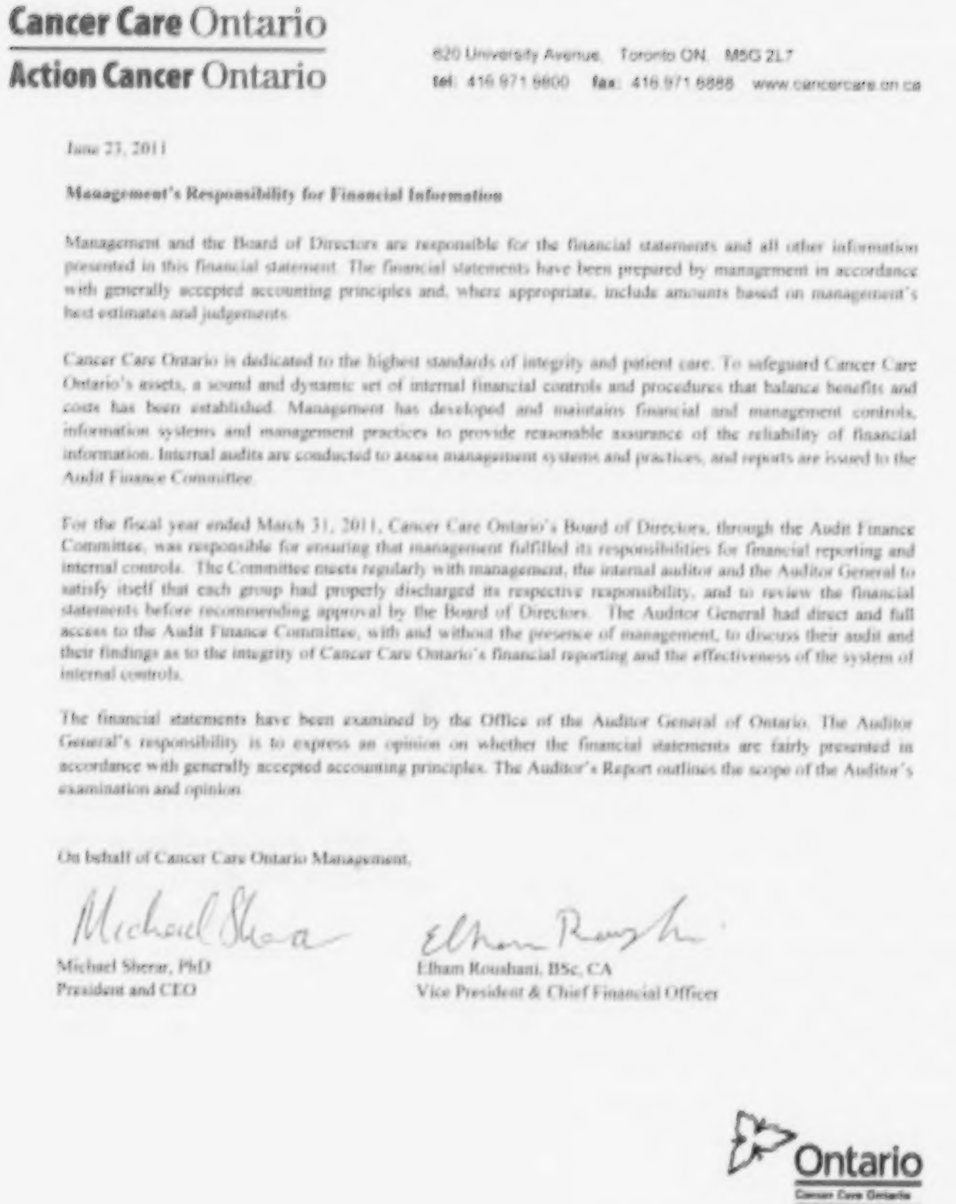
- The ORN has its own website, www.renalnetwork.on.ca and newsletter, ORN Connects. Six issues of ORN Connects have been released to stakeholders since February 2010. Going forward, this newsletter will be issued on a quarterly basis
- The ORN is developing a communication strategy that will identify engagement opportunities with key stakeholders and media as well as the organization's key milestones
- The ORN held its second town hall in June 2010 that was attended by a broad range of stakeholders across Ontario to confirm and further develop the ORN's priorities
- The ORN held its inaugural planning day in May 2011 attended by CKD leaders across Ontario
- A series of more intimate engagement activities is being planned to further develop important ORN relationships with primary stakeholders such as Renal Administrative Leader's Network of Ontario, Ontario Association of Nephrologists, Kidney Foundation of Ontario and other industry representatives
- Looking ahead, the ORN will develop their first multi-year plan for CKD services across the province

HUMAN RESOURCES

During the 2010-11 fiscal year, CCO's staff complement grew as a result of an expansion of our scope and mandate, in particular in the area of Access to Care, Positron Emission Topography and the Ontario Renal Network.

For fiscal 2010-11, CCO's FTE total was 688.50.

FINANCIALS



Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

620 University Avenue, Toronto ON, M5G 2L7
tel: 416.971.9800 **fax:** 416.971.6888 www.cancercare.on.ca

June 23, 2011

Management's Responsibility for Financial Information

Management and the Board of Directors are responsible for the financial statements and all other information presented in this financial statement. The financial statements have been prepared by management in accordance with generally accepted accounting principles and, where appropriate, include amounts based on management's best estimates and judgements.

Cancer Care Ontario is dedicated to the highest standards of integrity and patient care. To safeguard Cancer Care Ontario's assets, a sound and dynamic set of internal financial controls and procedures that balance benefits and costs has been established. Management has developed and maintains financial and management controls, information systems and management practices to provide reasonable assurance of the reliability of financial information. Internal audits are conducted to assess management systems and practices, and reports are issued to the Audit Finance Committee.

For the fiscal year ended March 31, 2011, Cancer Care Ontario's Board of Directors, through the Audit Finance Committee, was responsible for ensuring that management fulfilled its responsibilities for financial reporting and internal controls. The Committee meets regularly with management, the internal auditor and the Auditor General to satisfy itself that each group had properly discharged its respective responsibility, and to review the financial statements before recommending approval by the Board of Directors. The Auditor General had direct and full access to the Audit Finance Committee, with and without the presence of management, to discuss their audit and their findings as to the integrity of Cancer Care Ontario's financial reporting and the effectiveness of the system of internal controls.

The financial statements have been examined by the Office of the Auditor General of Ontario. The Auditor General's responsibility is to express an opinion on whether the financial statements are fairly presented in accordance with generally accepted accounting principles. The Auditor's Report outlines the scope of the Auditor's examination and opinion.

On behalf of Cancer Care Ontario Management,

Michael Sherar

Michael Sherar, PhD
President and CEO

Elham Roushani, BSc, CA
Vice President & Chief Financial Officer

Ontario
Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

Office of the Auditor General of Ontario
Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Independent Auditor's Report

To Cancer Care Ontario
and to the Minister of Health and Long-Term Care

I have audited the accompanying financial statements of Cancer Care Ontario, which comprise the statement of financial position as at March 31, 2011, and the statements of operations, changes in fund balances, and cash flows for the year then ended, and a summary of significant accounting policies and other explanatory information.

Management's Responsibility for the Financial Statements

Management is responsible for the preparation and fair presentation of these financial statements in accordance with Canadian generally accepted accounting principles, and for such internal control as management determines is necessary to enable the preparation of financial statements that are free from material misstatement, whether due to fraud or error.

Auditor's Responsibility

My responsibility is to express an opinion on these financial statements based on my audit. I conducted my audit in accordance with Canadian generally accepted auditing standards. Those standards require that I comply with ethical requirements and plan and perform the audit to obtain reasonable assurance about whether the financial statements are free from material misstatement.

An audit involves performing procedures to obtain audit evidence about the amounts and disclosures in the financial statements. The procedures selected depend on the auditor's judgment, including the assessment of the risks of material misstatement of the financial statements, whether due to fraud or error. In making those risk assessments, the auditor considers internal control relevant to the entity's preparation and fair presentation of the financial statements in order to design audit procedures that are appropriate in the circumstances, but not for the purpose of expressing an opinion on the effectiveness of the entity's internal control. An audit also includes evaluating the appropriateness of accounting policies used and the reasonableness of accounting estimates made by management, as well as evaluating the overall presentation of the financial statements.

I believe that the audit evidence I have obtained is sufficient and appropriate to provide a basis for my audit opinion.

Opinion

In my opinion, the financial statements present fairly, in all material respects, the financial position of Cancer Care Ontario as at March 31, 2011 and its financial performance and its cash flows for the year then ended in accordance with Canadian generally accepted accounting principles.

Box 105, 15th Floor
20 Dundas Street West
Toronto, Ontario
M5G 2C2
416-327-2381
fax 416-327-9862

B.P. 105, 15e étage
20, rue Dundas ouest
Toronto (Ontario)
M5G 2C2
416-327-2381
télécopieur 416-327-9862

www.auditor.on.ca

Gary R. Peall, CA
Deputy Auditor General
Licensed Public Accountant

Toronto, Ontario
June 23, 2011

Cancer Care Ontario
Statement of financial position

(In thousands of dollars)

March 31	2011	2010
Assets		
Current		
Cash and cash equivalents (Note 3)	$ 155,804	$ 106,331
Short-term investments (Note 4)	80,982	30,044
Receivables and prepaids (Note 5)	20,253	36,912
	257,039	173,287
Long-term investments (Note 4)	-	50,080
Capital assets (Note 6)	103,488	97,542
	$ 360,527	$ 320,909
Liabilities		
Current liabilities		
Accounts payable and accrued liabilities (Note 7)	$ 190,280	$ 135,877
Deferred operating grants (Note 8(a))	6,546	37,434
	196,826	173,311
Deferred contributions related to capital assets (Note 8(b))	115,930	101,786
Post-retirement benefits other than pension plan (Note 9(b))	3,314	3,356
	316,070	278,453
Fund balances		
Endowment	2,317	2,317
Internally and externally restricted	10,005	23,822
General – unrestricted	26,669	14,585
Investment in capital assets	5,466	1,732
	44,457	42,456
	$ 360,527	$ 320,909

Commitments (Note 15)
Contingencies (Note 16)
Guarantees (Note 18)

On behalf of the Board:

Director

Director

See accompanying notes to the financial statements.

Cancer Care Ontario
Statement of operations
(In thousands of dollars)
Year ended March 31, 2011

	Restricted		General		Total	
	2011	2010	**2011**	2010	**2011**	2010
Revenue						
Ministry of Health and Long-Term Care	$ -	$ -	$ **777,962**	$ 697,165	$ **777,962**	$ 697,165
Capital contributions from Ministry of Health and Long-Term Care for Integrated Cancer Programs	-	-	**11,216**	16,232	**11,216**	16,232
Ministry of Health Promotion	-	-	**695**	3,066	**695**	3,066
Net investment income (Note 11)	**25**	41	**2,488**	1,090	**2,513**	1,131
Amortization of deferred contributions related to capital assets (Note 8(b))	-	-	**30,981**	28,303	**30,981**	28,303
Other (Note 12)	**5,914**	10,947	**7,156**	7,780	**13,070**	18,727
	5,939	10,988	**830,498**	753,636	**836,437**	764,624
Expenses						
Integrated Cancer Programs Services	**88**	2,025	**292,398**	284,946	**292,486**	286,971
Drugs	-	-	**218,983**	199,094	**218,983**	199,094
Salaries and benefits	**2,954**	3,083	**59,348**	52,212	**62,302**	55,295
Surgical services – hospitals	-	-	**51,101**	49,475	**51,101**	49,475
Chronic kidney disease services	-	-	**46,073**	-	**46,073**	-
Screening services	-	-	**40,498**	41,272	**40,498**	41,272
Amortization of capital assets	**51**	121	**32,351**	28,552	**32,402**	28,673
Purchased services	**2,296**	5,506	**21,715**	13,642	**24,011**	19,148
Capital contributions to Integrated Cancer Programs	-	-	**14,027**	16,232	**14,027**	16,232
Medical services	**69**	411	**13,948**	12,764	**14,017**	13,175
Hospital systemic therapy services	-	-	**13,747**	14,958	**13,747**	14,958
Other operating (Note 13)	**703**	1,638	**10,561**	10,104	**11,264**	11,742
Pension (Note 9(a))	-	-	**4,686**	3,976	**4,686**	3,976
Consulting services	**136**	487	**4,049**	22,093	**4,185**	22,580
Occupancy costs	**61**	217	**3,531**	3,162	**3,592**	3,379
Professional fees	**4**	10	**401**	257	**405**	267
Loss (gain) on disposal of capital assets	**435**	-	**92**	441	**527**	441
Post-retirement benefits other than pension plan (Note 9(b))	-	-	**130**	222	**130**	222
	6,797	13,498	**827,639**	753,402	**834,436**	766,900
Excess (deficiency) of revenue over expenses	$ **(858)**	$ (2,510)	$ **2,859**	$ 234	$ **2,001**	$ (2,276)

Cancer Care Ontario
Statement of changes in fund balances
(In thousands of dollars)
Year ended March 31, 2011

	Restricted		General –	Invested in	Total	
	Endowment	Other	Unrestricted	capital assets	2011	2010
Fund balances, beginning of year	$ 2,317	$ 23,822	$ 14,585	$ 1,732	$ 42,456	$ 44,732
Excess (deficiency) of revenue over expenses	-	(858)	2,859	-	2,001	(2,276)
Net change in investment in capital assets (Note 10)	-	(69)	(3,665)	3,734	-	-
Interfund transfers (Note 14)	-	(12,890)	12,890	-	-	-
Fund balances, end of year	$ 2,317	$ 10,005	$ 26,669	$ 5,466	$ 44,457	$ 42,456

Cancer Care Ontario
Statement of cash flows

(In thousands of dollars)

Year ended March 31	2011	2010
Increase (decrease) in cash and cash equivalents		
Operating		
Excess (deficiency) of revenue over expenses	$ 2,001	$ (2,276)
Amortization of capital assets	32,402	28,673
Amortization of deferred contributions related to capital assets	(30,981)	(28,303)
Loss on disposal of capital assets	527	441
Benefit expense related to post-retirement benefits other than pension plan	130	222
Post-retirement benefits other than pension plan paid	(172)	(192)
	3,907	(1,435)
Change in non-cash operating working capital		
Receivables and prepaids	16,659	(21,496)
Accounts payable and accrued liabilities	54,403	18,838
Deferred operating grants	(30,888)	(7,215)
	40,174	(9,873)
	44,081	(11,308)
Investing		
Proceeds from maturity of investments	50,302	-
Purchase of investments	(51,160)	(50,078)
Purchase of capital assets	(38,936)	(37,329)
Proceeds on disposal of capital assets	61	70
	(39,733)	(87,337)
Financing		
Amounts received related to capital assets	45,125	32,766
Increase (decrease) in cash and cash equivalents	49,473	(65,879)
Cash and cash equivalents, beginning of year	106,331	172,210
Cash and cash equivalents, end of year	$ 155,804	$ 106,331

Cancer Care Ontario
Notes to the financial statements

(In thousands of dollars)
March 31, 2011

Nature of operations

The Government of Ontario approved the establishment of Cancer Care Ontario (the "Organization") on April 29, 1997 to advance services for cancer patients to improve the outcome, quality and efficiency of cancer services. The cancer services encompass prevention, screening, diagnosis, treatment, research, education and palliative care. The Organization was incorporated under the name of The Ontario Cancer Treatment and Research Foundation by an Act of the Legislature of the Province of Ontario in 1943 and the name of the Organization was changed in 1997 to Cancer Care Ontario. The Organization is a registered charity under the Income Tax Act (Canada). Members of the Board of Directors and Board Committees are volunteers who serve without remuneration.

The Organization's mission is to improve the performance of the cancer system in Ontario by driving quality, accountability and innovation in all cancer-related services. The Organization's mission includes an emphasis on performance management. In accordance with the Cancer Program Integration Agreement ("CPIA"), the Organization funds the Integrated Cancer Programs ("ICP") at various hospitals in return for agreed upon cancer services.

The Organization supports the provincial government's Ontario Wait Time and Access to Care ("ATC") Strategies. The ATC program is comprised of information technology and information management initiatives with a strategic focus on improving access, quality and efficiency of patient care and tracking patients as they move across the continuum of care. The mandate of the ATC program is the development and implementation of information strategies and information systems to support improved access to care, ongoing operation of information systems, data analysis and reporting.

In June 2009, the Ministry of Health and Long-Term Care ("MOHLTC") formally transferred to the Organization the provincial oversight and co-ordination of the Chronic Kidney Disease ("CKD") Program. The mandate of the CKD program is to develop and implement a provincial CKD strategy that will lead to measurable and sustained improvement in CKD care across the province. This includes improved strategies for vascular access and home dialysis, implementation of a patient-based funding model and earlier detection and better disease management.

Cancer Care Ontario
Notes to the financial statements
(In thousands of dollars)
March 31, 2011

1. Significant accounting policies

The Organization's financial statements are prepared by management using Canadian generally accepted accounting principles.

Fund accounting

The Endowment Fund reports contributions subject to externally imposed stipulations specifying that the resources contributed be maintained permanently, unless specifically disendowed by the donor. Restricted investment income earned on Endowment Fund resources is recognized as revenue of the Restricted Fund.

The Restricted Fund reports all other externally and internally restricted resources. The main use of these resources is for research. These funds include donations and grants which either have specific restrictions placed on their use by the donor, have been received by a particular cancer centre and are restricted for use by that particular cancer centre or have been internally restricted by the Board of Directors.

The General Fund accounts for the Organization's MOHLTC, the Ministry of Health Promotion ("MHP") and other funded programs. This fund reports unrestricted resources and restricted operating grants.

Contributions

The Organization follows the deferral method of accounting for restricted contributions related to MOHLTC, MHP and other funded programs which are recognized as revenue of the General Fund in the year which the related expenses are incurred. The Organization follows the restricted fund method for all other restricted contributions which are recognized as revenue of the appropriate Restricted Fund in the year of receipt.

Unrestricted contributions are recognized as revenue of the General Fund when the amount is reasonably estimated and collection is probable.

Contributions received for the purpose of capital assets are recorded as deferred capital contributions and are amortized on the same basis as the related capital assets.

Contributions for endowment are recognized as revenue of the Endowment Fund in the year of receipt.

Cash and cash equivalents

The Organization considers deposits in banks, certificates of deposit and short-term investments with original maturities of three months or less as cash and cash equivalents.

Investments

Investments are classified as held for trading and carried at fair value. Investment transactions are accounted for on a settlement date basis and transaction costs are expensed as incurred.

1. **Significant accounting policies** (continued)

Capital assets

Capital assets are recorded at cost. All capital assets are amortized on a straight-line basis at rates based on the estimated useful lives of the assets.

Therapeutic and other technical equipment is amortized over 5 years; office furniture, equipment and software are amortized over periods ranging from 3 years to 5 years; and leasehold improvements are amortized over the 5 year term of the leases.

Effective April 1, 2010, the Organization began capitalizing externally acquired and internally developed software. This new accounting policy was applied prospectively as the amounts related to the prior years for externally acquired software are immaterial and the information related to internally developed software is not readily available. The impact of this new accounting policy resulted in $11.4 million in software costs being capitalized in the current year.

Land and buildings for four lodges donated by the Canadian Cancer Society – Ontario Division are recorded at nominal value, as current value is not reasonably determinable.

Impairment of long-lived assets

An impairment charge is recorded for long-lived assets when an event or change in circumstances causes the asset's carrying values to exceed the total undiscounted cash flows expected from its use and eventual disposition. The impairment loss is calculated as the difference between the fair value of the asset and its carrying value.

Pension costs and post retirement benefits other than pension plan

(i) Pension costs
The Organization accounts for its participation in the Healthcare of Ontario Pension Plan ("HOOPP"), a multiemployer defined benefit pension plan, as a defined contribution plan, as the Organization has insufficient information to apply defined benefit plan accounting.

(ii) Post-retirement benefits other than pension plan
The cost of post-retirement benefits other than pension plan is actuarially determined using the projected benefit method prorated on employment services and expensed as employment services are rendered.

The transitional obligation arising from the adoption of this accounting policy is being amortized over the expected remaining life of eligible retirees.

Use of estimates

The preparation of financial statements requires management to make estimates and assumptions that affect the reported amounts of assets and liabilities and disclosure of contingent assets and liabilities at the date of the financial statements and the reported amounts of revenue and expenses during the year. Actual results could differ from those estimates.

2. Capital disclosures

The capital structure of the Organization consists of fund balances comprised of endowment funds, internally and externally restricted funds, general – unrestricted fund, investment in capital assets, and deferred capital contributions.

The Organization's objective when managing capital is to safeguard its ability to continue as a going concern, so that it can continue to provide the appropriate level of benefits and services to its stakeholders.

A portion of the Organization's capital is restricted in how it is to utilize its externally restricted contributions and deferred capital contributions as described in Note 1. The Organization employs internal control processes to ensure the restrictions are met prior to the utilization of these resources and has been in compliance with these restrictions throughout the year.

The Organization sets the amount of fund balances in proportion to risk, manages its capital structure and makes adjustments to it in light of economic conditions and the risk characteristics of the underlying assets.

3. Cash and cash equivalents – restricted

Cash and cash equivalents includes $404 (2010 - $402) which is restricted, as it relates to a pension plan that has been dissolved and is being held in escrow in the event that former members put forth a claim. These funds are subject to externally imposed restrictions and are not available for general use.

4. Investments

	2011	2010
Guaranteed Investment Certificate, interest at 2.0%, maturing September 4, 2010	$ -	$ 30,044
Guaranteed Investment Certificates, interest at 2.1%, maturing March 3, 2012	10,226	10,017
Guaranteed Investment Certificates, interest at 2.26%, maturing March 5, 2012	30,693	-
Guaranteed Investment Certificate, interest at 2.05%, maturing March 5, 2012	40,063	40,063
	80,982	80,124
Less maturing within one year	80,982	30,044
	$ -	$ 50,080

5. Receivables and prepaids

	2011	2010
Accounts receivable	$ 4,225	$ 2,396
Due from MOHLTC	14,818	34,329
Prepaids	1,210	187
	$ 20,253	$ 36,912

Cancer Care Ontario
Notes to the financial statements
(In thousands of dollars)
March 31, 2011

6. Capital assets

			2011	2010
	Cost	Accumulated Amortization	Net Book Value	Net Book Value
Therapeutic and other technical equipment	$ 272,034	$ 181,885	**$ 90,149**	$ 93,838
Office furniture, equipment, software and leasehold improvements	18,549	5,210	**13,339**	3,704
	$ 290,583	$ 187,095	**$ 103,488**	$ 97,542

The cost of therapeutic equipment includes deposits of $19,674 (2010 - $12,405). Amortization of these amounts will commence when the equipment is available for use.

7. Accounts payable and accrued liabilities

	2011	2010
Trade payables	**$ 63,980**	$ 67,762
Accrued liabilities and other	**63,955**	57,600
Payable to MOHLTC, MHP and other	**61,941**	10,113
Pension escrow	**404**	402
	$ 190,280	$ 135,877

8. Deferred contributions

a) Deferred operating grants

Deferred operating grants represent unspent resources related to MOHLTC, MHP and other funded programs. Unspent amounts are held for use in subsequent periods or settlement by the respective ministry. Changes in the deferred operating grant balance are as follows:

	2011	2010
Balance, beginning of year	**$ 37,434**	$ 44,649
Amounts received related to subsequent periods	**45,697**	26,785
Amounts recognized as revenue	**(3,268)**	(19,063)
Amounts returned to MOHLTC	**(11,376)**	(4,824)
Amounts reclassified to accounts payable and accrued liabilities	**(61,941)**	(10,113)
Balance, end of year	**$ 6,546**	$ 37,434

8. Deferred contributions (continued)

b) Deferred contributions related to capital assets

Deferred contributions related to capital assets represent the unamortized and unspent amount of funds received for the purchase of capital assets. The changes in the deferred contributions related to capital assets balance for the year are as follows:

	2011	2010
Balance, beginning of year	$ 101,786	$ 97,323
Amounts received related to capital assets	45,125	32,766
Amount recognized as revenue	(30,981)	(28,303)
Balance, end of year	$ 115,930	$ 101,786

The balance of deferred capital contributions related to capital assets consists of the following:

	2011	2010
Unamortized capital contributions used to purchase capital assets	$ 98,022	$ 95,810
Unspent contributions	17,908	5,976
Balance, end of year	$ 115,930	$ 101,786

9. Pension costs and post-retirement benefits other than pension plan

a) Pension costs

Employees of the Organization are members of HOOPP, which is a multiemployer defined benefit pension plan. HOOPP members receive benefits based on length of service and the average annualized earnings during the five consecutive years that provide the highest earnings prior to retirement, termination or death.

Contributions to HOOPP made during the year by the Organization on behalf of its employees amounted to $4,686 (2010 - $3,976) and are included in the pension expense in the statement of operations.

b) Post-retirement benefits other than pension plan

The Organization offered non-pension, post retirement benefits to its retired employees. Effective January 1, 2006, the Organization no longer offers non-pension, post retirement benefits to its active employees. Benefits paid during the year under this unfunded plan were $172 (2010 - $192).

During the year, the Organization decreased its accrued benefit obligation by $95 (2010 – decreased by $457) based on the most recent actuarial valuation for the post-retirement benefits other than pension plan dated March 31, 2010. The next valuation will take place as at March 31, 2012.

9. Pension costs and post-retirement benefits other than pension plan (continued)

Information about the Organization's post-retirement benefits other than pension plan is as follows:

	2011	2010
Accrued benefit obligation	$ **(2,856)**	$ (2,951)
Unamortized actuarial gain	**(1,114)**	(1,132)
Unamortized net transitional obligation	**656**	727
Net accrued benefit liability	$ **(3,314)**	$ (3,356)

The actuarially determined present value of the accrued benefit obligation is measured using management's best estimates based on assumptions that reflect the most probable set of economic circumstances and planned courses of action as follows:

	2011	2010
Discount rate	4.5%	4.5%
Hospital and drug cost trend rate	8.5% in 2011 to 5% in 2018 and after	9% in 2010 to 5% in 2018 and after
Other medical costs trend rate	4% per annum	4% per annum

10. Investment in capital assets

	2011	2010
Capital assets	$ **103,488**	$ 97,542
Amounts financed by deferred capital contributions	**(98,022)**	(95,810)
	$ **5,466**	$ 1,732

Change in net assets invested in capital assets is calculated as follows:

	2011	2010
Purchase of capital assets	$ **38,936**	$ 37,329
Deferred contributions related to capital assets	**(33,193)**	(37,322)
Amortization of deferred contributions related to capital assets	**30,981**	28,303
Amortization of capital assets	**(32,402)**	(28,673)
Disposal of capital assets	**(588)**	(511)
	$ **3,734**	$ (874)

11. Net investment income

Net investment income earned on the Endowment Fund resources in the amount of $25 (2010 - $25) is included in the Restricted Fund.

12. Other revenue

	2011	2010
General Fund		
Canadian Partnership Against Cancer	$ 2,527	$ 2,572
Ontario Agency for Health Protection and Promotion	2,284	-
eHealth Ontario	503	3,557
Salary recovery	392	888
Canada Health Infoway repayment	-	(1,856)
Miscellaneous	1,450	2,619
	$ 7,156	$ 7,780
Restricted Fund		
Grants	$ 5,694	$ 10,640
Donations	220	307
	$ 5,914	$ 10,947

13. Other operating expenses

	2011	2010
Restricted Fund		
General office	$ 394	$ 506
Education and Publications	136	216
Travel	82	249
Equipment	59	531
Other expenses	32	136
	$ 703	$ 1,638
General Fund		
Equipment	$ 4,262	$ 4,576
Education and Publications	1,960	1,556
General office	1,903	1,733
Travel	873	778
Patient service	800	800
Other expenses	763	661
	$ 10,561	$ 10,104

14. Interfund transfer

	2011	2010
Transfer to the General Fund from the Restricted Fund	$ 12,890	$ 688

Transfer to the General Fund from the Restricted Fund represent the release of internally restricted reserves approved by the Organization's Board of Directors.

15. Commitments

a) The Organization leases space, and computer and office equipment. Under the terms of the leases, future repayments are estimated as follows for the year ending March 31:

2012	$ 3,939
2013	1,960
2014	152
	$ 6,051

b) The Organization has committed $24,101 (2010 - $9,614) for the purchase of equipment, which is net of deposits disclosed in Note 6.

16. Contingencies

The Organization is a member of the Healthcare Insurance Reciprocal of Canada ("HIROC"), which was established by hospitals and other organizations to self-insure. If the aggregate premiums paid are not sufficient to cover claims, the Organization will be required to provide additional funding on a participatory basis.

Since the inception, HIROC has accumulated an unappropriated surplus, which is the total of premiums paid by all subscribers plus investment income less the obligation for claims reserves and expenses and operating expenses. Each subscriber which has an excess of premium plus investment income over the obligation for their allocation of claims reserves and expenses and operating expenses may be entitled to receive distributions of their share of the unappropriated surplus at the time such distributions are declared by the Board of Directors of HIROC. There are no distributions declared by HIROC as of March 31, 2011.

17. Financial instruments

The carrying amounts of cash and cash equivalents, receivables, and accounts payable and accrued liabilities approximate fair values due to the short-term nature of these instruments.

The fair values of investments are disclosed in Note 4. Investments consist of guaranteed investment certificates with a fixed interest rate that in management's estimation is at market.

Credit risk

Credit risk arises from cash and cash equivalents and investments held with financial institutions and credit exposures on outstanding receivables. Cash and cash equivalents and term investments are held at major financial institutions minimizing any potential exposure to credit risk. It is management's opinion that the risk related to receivables is minimal as most of the receivables are from federal and provincial governments and organizations controlled by them.

Interest rate risk

Interest rate risk is the risk that the value or future cash flows of financial instruments will fluctuate due to changes in market interest rates. The Organization currently is only exposed to interest rate risk from its investments. The Organization does not expect fluctuations in market interest rates to have a material impact on its financial performance and does not use derivative instruments.

18. Guarantees

a) Director/officer indemnification

The Organization's General By-Laws contain an indemnification of its directors/officers, former directors/officers and other persons who have served on board committees against all costs incurred by them in connection with any action, suit or other proceeding in which they are sued as a result of their service, as well as all other costs sustained in or incurred by them in relation to their service. This indemnity excludes costs that are occasioned by the indemnified party's own dishonesty, wilful neglect or default.

The nature of the indemnification prevents the Organization from making a reasonable estimate of the maximum amount that it could be required to pay to counterparties. To offset any potential future payments, the Organization has purchased from HIROC directors' and officers' liability insurance to the maximum available coverage. The Organization has not made any payments under such indemnifications, and no amount has been accrued in the accompanying financial statements with respect to the contingent aspect of these indemnities.

b) Other indemnification agreements

In the normal course of its operations, the Organization executes agreements that provide for indemnification to third parties. These include, without limitation: indemnification of the Landlords under the Organization's leases of premises; indemnification of the MOHLTC from claims, actions, suits or other proceedings based upon the actions or omissions of the representative groups of medical, radiation and gynaecology/oncology physicians under certain Alternate Funding Agreements; and indemnification of the ICP host hospitals from claims, actions, costs, damages and expenses brought about as a result of any breach by the Organization of its obligations under the CPIA and the related documentation.

While the terms of these indemnities vary based upon the underlying contract, they normally extend for the term of the contract. In most cases, the contract does not provide a limit on the maximum potential amount of indemnification, which prevents the Organization from making a reasonable estimate of its maximum potential exposure. The Organization has not made any payments under such indemnifications, and no amount has been accrued in the accompanying financial statements with respect to the contingent aspect of these indemnities.

19. Comparative figures

Certain comparative figures have been reclassified to conform to the financial statement presentation adopted in the current year.

APPENDICES

BOARD OF DIRECTORS

Neil Stuart, Chair
(Jun. 1, 2010 – May 31, 2013)

Ratan Ralliaram, Vice Chair
(Nov. 15, 2006 – Nov. 14, 2012)
Interim Chair (Dec. 13, 2009 - May 31, 2010)

Peter Crossgrove
(Chairman Emeritus)

Kevin Conley
(Jun. 27, 2007 – Jun. 26, 2014)

Michael Cooper
(Aug. 12, 2009 – Aug. 11, 2012)

Malcolm H. Heins
(Feb. 25, 2009 – Feb. 24, 2012)

Darren Johnson
(Jun. 20, 2007 – Jun. 19, 2010)

Shoba Khetrapal
(Dec. 21, 2006 – Dec. 20, 2012)

Marilyn Knox
(Mar. 23, 2011 – Mar. 22, 2014)

Patricia Lang
(Jun. 20, 2007 – Jun. 19, 2014)

Dr. Andreas Laupacis
(Mar. 23, 2011 – Mar. 22, 2014)

Dr. Wendy Levinson
(Feb. 13, 2008 – Feb. 12, 2014)

Roland Montpellier
(Dec. 1, 2004 – Nov. 30, 2010)

Stephen Roche
(Sept. 20, 2006 – Jun. 30, 2012)

Dr. Walter Rosser
(Jun. 27, 2007 – Jun. 26, 2014)

Dianne Salt
(April 7, 2010 – April 6, 2013)

Dr. Mamdouh Shoukri
(Sept. 24, 2008 – Sept. 23, 2011)

Betty-Lou Souter
(Jun. 20, 2007 – Jun. 19, 2013)

EXECUTIVE LEADERSHIP

Terrence Sullivan, PhD
President and CEO (from April 2010 to January 2011)

Michael Sherar, PhD
President and CEO (since January 2011)

Helen Angus,
Vice President, Ontario Renal Network, CCO

Judy Burns,
Vice President (A), Planning ⊠ Regional Programs
(since Jan. 2011)

John McLaughlin, PhD
Vice President, Population Studies and Surveillance
(until October 1, 2010)

Rick Skinner,
Vice President, Chief Information Officer

Dr. Joe Pater,
Vice President, Clinical and Translational Research
(until March 2011)

Dr. Linda Rabeneck,
Vice President, Prevention and Cancer Control (since October 4, 2010)

Elham Roushani,
Vice President, Finance and Human Resources,
Chief Financial Officer (CFO)

Pamela Spencer,
Vice President, Corporate Services, General Counsel,
Chief Privacy Officer

Dr. Carol Sawka,
Vice President, Clinical Programs and Quality Initiatives

Michael Sherar, PhD
Vice President, Planning ⊠ Regional Programs
(April 2010 to Jan 2011)

Mitchell Toker,
Vice President, Public Affairs
(until September 2011)

CLINICAL LEADERSHIP

Dr. Julian Dobranowski,
Program Head, Cancer Imaging Program

Audrey Friedman,
Provincial Head, Patient Education

Esther Green,
Provincial Head, Nursing and Psychosocial Oncology Programs

Dr. Jonathan Irish,
Provincial Head, Surgical Oncology Program

Dr. Leonard Kaizer,
Provincial Head, Systemic Treatment Program

Dr. José Pereira
Provincial Head, Palliative Care Program

Dr. John Srigley,
Provincial Head, Pathology and Laboratory Medicine Program

Dr. Padraig Warde,
Provincial Head, Radiation Treatment Program

PROVINCIAL LEADERSHIP

Dr. Louis Balogh,
Regional Vice President, Central

Claudia den Boer Grima,
Regional Vice President, Erie St. Clair

Brenda Carter,
Regional Vice President, South East

Dr. Peter Dixon,
Regional Vice President, Central East
(until July 2011)

Paula Doering,
Regional Vice President, Champlain

Dr. Bill Evans,
Regional Vice President, Hamilton Niagara Haldimand Brant

Dr. Sheldon Fine,
Regional Vice President, Peel Regional Cancer Centre, Central West and Mississauga Halton

Dr. Mary Gospodarowicz,
Regional Vice President, Toronto Central

Mark Hartman,
Interim Regional Vice President, North East

Garth Matheson,
Regional Vice President, North Simcoe Muskoka

Dr. Craig McFadyen,
Regional Vice President, Waterloo Wellington

Brian Orr,
Regional Vice President, South West

Michael Power,
Regional Vice President, North West

Dr. Linda Rabeneck
Regional Vice President, Toronto Central (2005 – 2010)

Dr. Andy Smith,
Interim Regional Vice President, Toronto Central
(October 1, 2010 – March 17, 2011
Regional Vice President, Toronto Central
(since March 17, 2011)

ORN LEADERSHIP

Helen Angus
Vice President, Ontario Renal Network

Treva McCumber,
Executive Lead, CKD Programs, Ontario Renal Network
(until August 2011)

Dr. David Mendelssohn,
Clinical Champion, Research and Innovation

Dr. Judith Miller,
Provincial Medical Director, Ontario Renal Network
Clinical Champion, Early Identification and Prevention

Dr. Louise Moist,
Clinical Champion, Vascular Access

Dr. Andreas Pierratos,
Clinical Champion, Independent Dialysis

ORN PROVINCIAL LEADERSHIP

Rick Badzioch,
Regional Director, Hamilton Niagara Haldimand Brant

Jill Campbell,
Regional Director, Toronto Central

Lise Corriveau,
Regional Director, North East

Patricia Dwyer,
Regional Director, Erie St. Clair

Ken Fast,
Regional Director, Central West
(until August 2011)

Elaine Chemeris,
Regional Director, Central West
(since August 2011)

Julie A. Gordon,
Regional Director, South East

Melanie Tremblay,
Regional Director, Central

Julia Salomon,
Regional Director, North West

Carol Rhiger,
Regional Director (A), South West
(since July 2011)

Connie Twolan,
Regional Director, Champlain

Marni Van Kessel,
Regional Director, North Simcoe Muskoka

Peter Varga,
Regional Director, Waterloo Wellington

Nancy Webster,
Regional Director, Mississauga Halton

Jay Wilson,
Regional Director, Central East

Cancer Care Ontario

Action Cancer Ontario

Rapport annuel 10 | 11

Ontario

Cancer Care Ontario

Action Cancer Ontario

ACTION CANCER ONTARIO
Rapport annuel
10
11

1 LETTRE DU PRÉSIDENT ET PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ACTION CANCER ONTARIO

2 À PROPOS D'ACTION CANCER ONTARIO

3 LE PLAN DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE L'ONTARIO

4 RECHERCHE SUR LES CANCERS PROFESSIONNELS

SERVICES DE CANCÉROLOGIE

Prévention et contrôle du cancer

- Dépistage intégré du cancer
- Surveillance
- Recherche
- Recherche sur les cancers professionnels
- Contrôle du cancer chez les Autochtones
- Soins primaires

Diagnostic

- Projet sur les temps d'attente pour le diagnostic
- Détermination du stade/pathologie

Traitement

- Gestion des cheminements pathologiques
- Modèles de prestation des soins
- Conférences multidisciplinaires sur le cancer
- Amélioration de l'expérience vécue par les patients
- Chirurgie contre le cancer
- Radiothérapie avec modulation d'intensité
- Radiothérapeutes spécialistes cliniques
- Programme de traitement général régional
- Imagerie contre le cancer
- Oncologie moléculaire
- Le programme de financement des nouveaux médicaments
- Programme ontarien de traitement collaboratif des symptômes du cancer
- Soins aux survivants et soins de survie

Infrastructure

- Projets d'immobilisations
- Radiochirurgie robotisée CyberKnife
- Centre de consultation en formation pour les programmes

ACCÈS AUX SOINS

- Information sur les autres niveaux de soins
- Information sur les salles des urgences
- Temps d'attente en chirurgie et en imagerie diagnostique
- Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux (POESC)

RÉSEAU RÉNAL DE L'ONTARIO

- Gestion du programme provincial
- Gestion des programmes régionaux
- Mesure et gestion du rendement
- Gestion et technologie de l'information
- Communications et relations avec les interlocuteurs

5 **RESSOURCES HUMAINES**

6 **DONNÉES FINANCIÈRES**

7 **ANNEXES**

Conseil d'administration
Direction supérieure
Direction clinique
Direction provinciale
Direction provinciale du Réseau rénal de l'Ontario

Il est important pour Action Cancer Ontario (ACO) que tous les Ontariens qui ont une incapacité puissent avoir accès aux services et à l'information que nous fournissons.

Pour recevoir cette information dans un autre format, communiquez avec le Service des communications de ACO :
T : (416) 971-9800 AME : 1 (800) 855-0511 E : publicaffairs@cancercare.on.ca

LETTRE DU PRÉSIDENT ET PRÉSIDENT DU CONSEIL DE ACTION CANCER ONTARIO

Nous sommes heureux de présenter le Rapport annuel 2010-2011 de Action Cancer Ontario. L'exercice 2010-2011 a été une année de changement pour Action Cancer Ontario. Après plus six ans, Terry Sullivan a quitté son poste de président-directeur général. Sous la direction de Terry, Action Cancer Ontario a approfondi son travail avec ses partenaires pour améliorer le système de cancérologie en Ontario, consolidé notre rôle de soutien par notre Programme d'accès aux soins qui appuie la Stratégie du gouvernement de l'Ontario sur les temps d'attente et établi le Réseau rénal de l'Ontario pour commencer à appliquer aux maladies rénales chroniques le modèle d'amélioration du système que nous avons mis au point pour le cancer et les temps d'attente.

Dans le contexte de ce mandat élargi, nous espérons donner davantage de valeur à la province en exploitant les atouts et le savoir faire de ACO qui peuvent aider à guider, en partenariat avec d'autres interlocuteurs, l'amélioration générale du système de santé.

À mesure que s'alourdissent les pressions financières qui s'exercent sur la province, ACO et le système de santé en général devront de plus en plus offrir de la valeur. Nous voulons démontrer que l'application coordonnée des leviers du changement peut entraîner une amélioration importante et rapide du système de santé. Ces leviers comprennent un solide plan provincial élaboré par un engagement général, une orientation service aux patients et au public, une culture de leadership clinique et de responsabilisation, l'établissement de lignes directrices et de normes sur la qualité, l'excellence dans le déploiement d'outils électroniques modernes pour fournir des données et du soutien opérationnel aux programmes et l'établissement de liens entre le financement et la responsabilisation face à l'amélioration de la qualité aux échelons local et régional. Dans ce rapport sur nos réalisations dans chaque volet de notre mandat, nous présentons aussi un tableau de ces leviers d'amélioration en action.

Cancer

Au cours de l'année écoulée, nous avons terminé le deuxième de nos Plans de lutte contre le cancer de l'Ontario, nos plans stratégiques cadres qui guident les améliorations des services de cancérologie. Au cours des six dernières années, les mesures que nous avons prises dans le cadre de deux plans successifs de lutte contre le cancer ont permis à ACO de se bâtir un solide bilan de progrès et de réalisations dans la lutte contre le cancer.

Tout a commencé en 2005 avec le premier plan qui visait avant tout à renforcer la capacité du système – les rouages où les ressources humaines, l'information et la technologie convergent pour fournir des soins du cancer de plus grande qualité.

L'activité s'est poursuivie avec le deuxième plan, qui portait sur les années 2008 à 2011. Le deuxième Plan de lutte contre le cancer de l'Ontario, qui s'est terminé fin le 31 mars 2011, visait avant tout à réduire les temps d'attente, à augmenter la participation au dépistage du cancer et à améliorer la qualité des soins en établissant des normes, transformant le dépistage, le diagnostic et le traitement dans tout le continuum, et en renforçant la capacité.

Ensemble, ces plans ont guidé nos interventions et propulsé nos réalisations. Les faits marquants comprennent les suivants :

- augmentation de l'utilisation des données probantes pour élaborer des normes et des lignes directrices afin d'influer sur la pratique, l'investissement et la gestion du rendement;
- établissement de 13 programmes régionaux de cancérologie dirigés dans chaque cas par un vice-président régional;
- collaboration avec le gouvernement pour élaborer et lancer la Stratégie Ontario sans tabac et lancer le programme de vaccination contre le VPH;
- lancement de ContrôleCancerColorectal (CCC), le premier programme de dépistage du cancer colorectal basé sur la population au Canada;
- création de responsables de l'imagerie et de la pathologie en soins primaires et en soins palliatifs dans les services de cancérologie de chaque région;
- renouvellement de notre stratégie de recherche axée sur l'application de la recherche pour le bénéfice des patients, y compris le lancement du programme des chaires de recherche de ACO;
- célébration du 20ème anniversaire du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein. Depuis sa fondation en 1990, le PODCS a soumis plus d'un million de femmes de 50 à 69 ans de l'Ontario à des examens de dépistage et a détecté plus de 19 000 cancers. La plupart de ces cancers en étaient aux stades précoces – ce qui indique clairement que le programme fonctionne et donne de bons résultats;

- Amélioration importante des temps d'attente en chirurgie du cancer et radiothérapie et réduction importante des temps d'attente en chimiothérapie;
- Maintien de notre investissement dans l'infrastructure de lutte contre le cancer par la construction et l'agrandissement d'installations de traitement du cancer de premier plan dans toute la province;
- Dévoilement du premier rapport d'une série sur le cancer en Ontario qui a révélé que le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse – principalement à cause de l'augmentation et du vieillissement de la population – mais que les taux de mortalité sont à la baisse et les taux de survie à la plupart des cancers courants s'améliorent.

Les progrès que nous avons réalisés dans le cadre de ces deux plans de lutte contre le cancer se reflètent dans le classement élevé que l'Ontario a reçu à la suite d'une étude internationale publiée dans The Lancet en décembre 2010. Cette étude révèle que l'Ontario est une des administrations les plus performantes sur le plan des taux de survie du cancer parmi 12 administrations de six pays. L'étude de l'International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP) confirme que les stratégies de lutte contre le cancer que l'Ontario suit pour le dépistage précoce, le diagnostic rapide et l'amélioration de l'accès aux soins font monter les taux de survie aux cancers les plus courants.

L'étude a porté notamment sur le Canada, l'Australie, le Danemark, la Norvège, la Suède et le Royaume-Uni – pays où la richesse, l'accès aux soins de santé universels et des registres du cancer représentatifs de grande qualité et de longue date se ressemblent.

Au Canada, trois autres provinces en plus de l'Ontario – soit l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Manitoba – participent aussi. L'Ontario s'est classé au premier rang – et troisième parmi les 12 administrations de la santé – pour la survie au cancer colorectal. Dans le cas des cancers du poumon et de l'ovaire, l'Ontario vient au deuxième rang globalement.

Comme cette étude et d'autres encore le montrent, si vous vivez en Ontario et si vous avez le cancer, vous avez une meilleure chance d'y survivre que presque n'importe où ailleurs dans le monde.

En dépit de ces succès, il reste toutefois encore beaucoup plus à faire. La troisième édition du Plan de lutte contre le cancer de l'Ontario, qui est entré en vigueur officiellement le 1er avril 2011, fixe le cap que nous suivrons de 2011 à 2015 en concentrant nos efforts sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, le suivi et les soins palliatifs. Le Plan traite de la nécessité de continuer d'aller de l'avant afin de maintenir nos progrès et nos réalisations pendant que nous cherchons à créer le meilleur système au monde. Dans le cadre du PLCO III, nous continuerons d'améliorer l'accès et la qualité, mais nous nous concentrerons particulièrement sur la mise en œuvre de notre stratégie intégrée de dépistage du cancer, l'amélioration de l'expérience vécue par les patients et le remaniement de la façon de prodiguer des soins d'une manière plus efficace et efficiente.

Accès aux soins

En 2004, les premiers ministres du Canada ont pris l'engagement national de réduire les temps d'attente pour des services de santé clés. En Ontario, cet engagement a abouti à la Stratégie sur les temps d'attente du MSSLD et à la Stratégie pour les salles des urgences et l'accès aux différents niveaux de soins (SU/ANS).

Le succès de ces initiatives reposait sur une stratégie d'information permettant de réunir des données exactes, fiables et opportunes sur les temps d'attente et d'en faire rapport. ACO a été chargé de créer et de déployer le Système d'information sur les temps d'attente (SITA) afin de saisir ces données et d'en faire rapport en temps quasi-réel et chargé ensuite de mettre en œuvre des éléments clés de la stratégie d'information pour les salles des urgences et l'accès aux différents niveaux de soins.

Accès aux soins (AAS), qui est hébergé à ACO, est un agent de prestation de services pour la Stratégie sur les temps d'attente et la Stratégie d'information pour les salles des urgences et l'accès aux différents niveaux de soins.

Le grand objectif d'Accès aux soins consiste à catalyser des améliorations de l'accès aux services de santé, de leur qualité et de leur efficience. Nous y parvenons par l'implantation et l'utilisation stratégiques de solutions GI/TI et le suivi des patients durant leur voyage dans le continuum des soins. Ces deux activités jouent un rôle essentiel à l'appui de la Stratégie sur les temps d'attente et de la Stratégie pour les salles des urgences et l'accès aux différents niveaux de soins.

L'accès aux soins pose toujours des défis, mais 75 % des patients de l'Ontario reçoivent maintenant des traitements dans les délais repère établis par le gouvernement pour toutes les interventions. Au cours de l'année écoulée, dans le contexte de l'Accès aux soins, ACO a :

- défini les obstacles au transfert de patients d'autres niveaux de soins qui faisaient face à de très longues périodes d'attente, ce qui a abouti à des stratégies mises en œuvre par les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de l'Ontario;
- simplifié la présentation des données par les salles des urgences et établi des liens avec d'autres ensembles de données;
- élaboré la stratégie d'un programme d'engagement clinique portant avant tout sur l'amélioration de la qualité des données;

- étendu la production de rapports publics sur les temps d'attente pour y inclure toutes les disciplines de la chirurgie;
- lancé la production de rapports publics sur la Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire.

Réseau rénal de l'Ontario

Le Réseau rénal de l'Ontario (RRO), créé par ACO en 2009, constitue le troisième secteur de responsabilité le plus récent dévolu à Action Cancer Ontario. Le RRO est en train de mettre en œuvre un système de calibre mondial de prestation de soins à la population vivant avec une maladie rénale chronique. Les faits marquants de 2010-2011 du RRO comprennent les suivants :

- création et mise en œuvre d'un plan sur la capacité provinciale en dialyse;
- mise en place de la responsabilisation régionale nécessaire pour commencer à améliorer dans toute la province le soin des maladies rénales chroniques, ce qui a inclus le recrutement de 14 directeurs régionaux et de 14 responsables médicaux dans chaque RLISS pour piloter la mise en œuvre d'un programme régional de traitement des maladies rénales harmonisé avec les priorités et les objectifs du RRO.

Pour ce qui est de l'avenir, le RRO établira et dévoilera son premier plan pluriannuel sur les services de traitement des maladies rénales chroniques en 2011-2012.

Outre le travail que nous faisons en cancérologie, accès aux soins et lutte contre les maladies rénales chroniques, ACO a continué de renforcer sa capacité administrative dans tout l'organisme pour assurer la responsabilisation, la transparence et l'optimisation des ressources. Nous continuons de renforcer nos processus administratifs dans les domaines des finances, des achats, des ressources humaines et de la vérification interne afin de permettre à ACO de contribuer davantage à l'amélioration du système de santé.

Signature de Neil Stuart, président du Conseil

Michael Sherar

Signature de Michael Sherar, PhD, président et PDG

À PROPOS DE ACTION CANCER ONTARIO

Action Cancer Ontario (ACO) – organisme du gouvernement de l'Ontario – est la locomotive de la qualité et vise l'amélioration continue dans la prévention et le dépistage des maladies, la prestation des soins et l'expérience vécue par les patients qui ont un cancer ou une maladie rénale chronique, de même que dans l'accès aux soins pour des services de santé clés.

Connu pour son esprit d'innovation et ses démarches axées sur les résultats, ACO dirige la planification pluriannuelle dans tout le système, passe des marchés de services avec des hôpitaux et des fournisseurs, crée et met en service des systèmes d'information, établit des lignes directrices et des normes et suit des objectifs de rendement afin d'instaurer des améliorations dans tout le système pour les personnes qui ont un cancer ou une maladie rénale chronique – par l'intermédiaire du Réseau rénal de l'Ontario (RRO) – sans oublier l'accès aux soins.

ACO a vu le jour en avril 1943 sous le nom de Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer. Plus d'un demi-siècle plus tard, soit en 1997, l'organisme a été lancé officiellement et financé comme agence du gouvernement de l'Ontario. ACO est régi par la Loi sur le cancer et rend compte au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Le Protocole d'entente (PE) officiel signé en décembre 2009 établit les détails de cette relation avec le Ministère.

À titre de conseiller en cancérologie du gouvernement, ACO :

- oriente et surveille plus de 800 millions de dollars de financement affectés aux hôpitaux et à d'autres fournisseurs de soins en cancérologie, ce qui leur permet d'offrir des services en cancérologie opportuns et de grande qualité et d'améliorer l'accès aux soins;
- s'occupe des programmes provinciaux de prévention et de dépistage du cancer;
- collabore avec des professionnels des soins en cancérologie et des organismes pour établir et appliquer des améliorations et des normes portant sur la qualité;
- utilise l'information électronique et la technologie pour aider les professionnels de la santé et appuyer les soins autodirigés chez les patients, ainsi que pour améliorer continuellement la sécurité, la qualité, l'efficience, l'accessibilité et la responsabilité des services de cancérologie de l'Ontario;
- planifie des services de lutte contre le cancer afin de répondre aux besoins actuels et futurs des patients;
- effectue ses propres recherches et en transfère rapidement les résultats, ainsi que ceux de recherches de l'extérieur, en améliorations et innovations dans la pratique clinique et la prestation de services de lutte contre le cancer.

Même si l'identité publique de ACO est liée directement à la lutte contre le cancer, l'organisme a aussi établi et héberge le nouveau Réseau rénal de l'Ontario et le programme Accès aux soins du gouvernement de l'Ontario, qui appuie la stratégie du gouvernement de l'Ontario sur les temps d'attente.

Par l'intermédiaire du Réseau rénal de l'Ontario, ACO organise et gère des services de traitement des maladies rénales chroniques dans toute la province. Accès aux soins vise à assurer que la population de l'Ontario reçoit les soins de santé dont elle a besoin, quand et là où elle en a besoin.

ACO gère aussi les programmes d'accès spécial, comme la tomographie par émission de positrons (TEP) dans le cas des indications non assurées. Des ententes distinctes de responsabilisation conclues entre ACO et le MSSLD prévoient de telles activités.

LE PLAN DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE L'ONTARIO

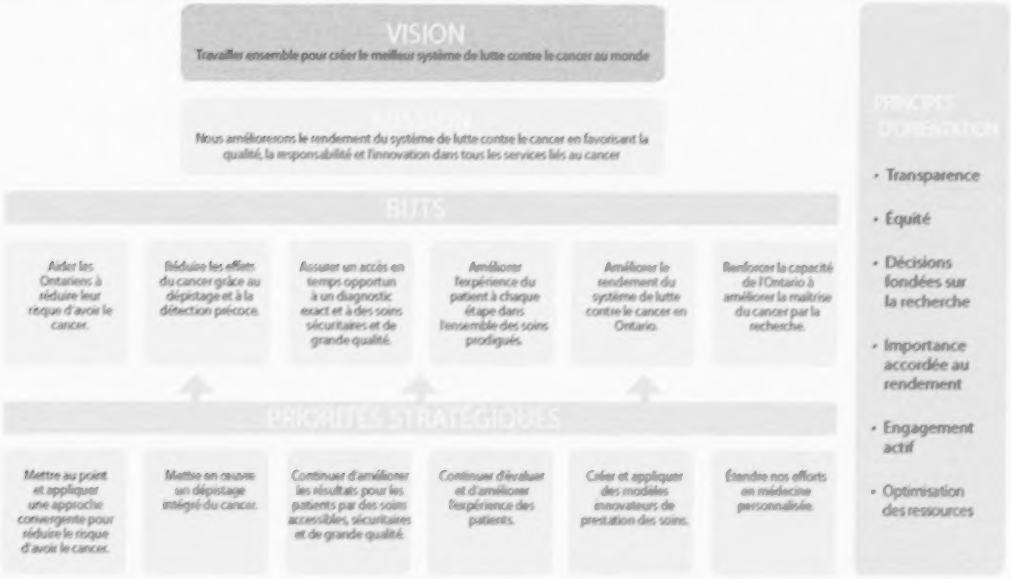
Depuis 2005, ACO crée des plans pluriannuels de lutte contre le cancer de l'Ontario (PLCO) pour le compte de la province. Il s'agit de plans stratégiques sur le soin du cancer qui décrivent comment les professionnels de la santé et les organisations du secteur de la santé, les spécialistes du cancer et le gouvernement conjugueront leurs efforts avec ceux de ACO pour lutter contre le cancer tout en améliorant la qualité des soins pour les patients d'aujourd'hui et de demain.

Le premier plan, celui de 2005 à 2008, visait à renforcer la capacité du système. Le deuxième, qui couvrait la période de 2008 à 2011, cherchait surtout à réduire les temps d'attente, à améliorer la qualité des soins, à transformer le dépistage, le diagnostic et le traitement, et à renforcer encore davantage la capacité. ACO a commencé en avril 2011 à réaliser le troisième Plan de lutte contre le cancer de l'Ontario, qui porte sur la période de 2011 à 2015.

Le troisième PLCO poursuit la transformation des services de cancérologie en Ontario, qui inclut l'élaboration de nouveaux modèles de prestation des soins axés sur les patients. Issu de la consultation et de l'écoute des patients, le PLCO III pivote sur l'expérience vécue par les patients mais reconnaît que ceux-ci doivent :

- contrôler davantage leurs propres soins, ce qui améliore leur satisfaction et les résultats;
- avoir accès à des outils qui leur permettent d'évaluer et de décrire leurs symptômes efficacement afin que les fournisseurs de soins de santé puissent mieux les gérer;
- avoir accès à des ressources et à de l'information qui répondent à tous leurs besoins physiques, psychologiques et éducationnels durant tout le parcours du cancer.

Le PLCO III est propulsé par un engagement envers la qualité en prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi et soins palliatifs. Il produira ces résultats en optimisant les ressources, gérant l'augmentation des coûts à long terme, améliorant les résultats et haussant la satisfaction des patients.



VISION

Travailler ensemble pour créer le meilleur système de lutte contre le cancer au monde

MISSION

Nous améliorerons le rendement du système de lutte contre le cancer en favorisant la qualité, la responsabilité et l'innovation dans tous les services liés au cancer

BUTS

- Aider les Ontariens à réduire leur risque d'avoir le cancer.
- Réduire les effets du cancer grâce au dépistage et à la détection précoce.
- Assurer un accès en temps opportun à un diagnostic exact et à des soins sécuritaires et de grande qualité.
- Améliorer l'expérience du patient à chaque étape dans l'ensemble des soins prodigués.
- Améliorer le rendement du système de lutte contre le cancer en Ontario.
- Renforcer la capacité de l'Ontario à améliorer la maîtrise du cancer par la recherche.

PRIORITÉS STRATÉGIQUES

- Mettre au point et appliquer une approche convergente pour réduire le risque d'avoir le cancer.
- Mettre en œuvre un dépistage intégré du cancer.
- Continuer d'améliorer les résultats pour les patients par des soins accessibles, sécuritaires et de grande qualité.
- Continuer d'évaluer et d'améliorer l'expérience des patients.
- Créer et appliquer des modèles innovateurs de prestation des soins.
- Étendre nos efforts en médecine personnalisée.

PRINCIPES D'ORIENTATION

- Transparence
- Équité
- Décisions fondées sur la recherche
- Importance accordée au rendement
- Engagement actif
- Optimisation des ressources

ACCÈS AUX SOINS

Le programme Accès aux soins (AAS) de ACO est chargé de la prestation de services dans le cadre de la Stratégie sur les temps d'attente et de la Stratégie d'information sur les SU/autres niveaux de soins du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le programme AAS utilise le leadership et la participation des cliniciens, ainsi que des méthodologies de gestion de projet à la fine pointe de la technologie, pour créer des solutions d'information et les déployer dans les organisations de soins de santé de l'Ontario afin de réduire les temps d'attente et d'améliorer l'accès aux services de santé pour les patients.

Le programme AAS coiffe quatre secteurs d'activité :

- **Autres niveaux de soins (ANS)**, qui mesure en temps quasi-réel le temps que les patients doivent attendre pour d'autres niveaux de soins et en fait rapport;
- **Information sur les salles d'urgence**, qui mesure la durée des séjours aux salles des urgences et en fait rapport;
- **Efficience en chirurgie**, qui mesure l'utilisation des salles d'opération, la sécurité et les paramètres d'efficience et en fait rapport;
- **Chirurgie et imagerie diagnostique**, qui mesure en temps quasi-réel le temps écoulé entre la décision de traiter et la date de l'intervention chirurgicale ou d'imagerie diagnostique et en fait rapport.

Le programme Accès aux soins (AAS) du gouvernement de l'Ontario regroupe de nombreuses initiatives visant à raccourcir les temps d'attente et à aider les patients de l'Ontario à recevoir les soins dont ils ont besoins quand et là où ils en ont besoin. Dans le domaine de l'Accès aux soins, Action Cancer Ontario cherche à :

- améliorer l'accès aux services et à promouvoir l'expérience de qualité pour les patients en utilisant l'information sur la santé dans les temps d'attente en chirurgie et en imagerie diagnostique, les objectifs relatifs à l'efficience chirurgicale, les temps d'attente dans les salles des urgences et les autres niveaux de soins;
- répondre aux besoins en information des patients, des fournisseurs et des bailleurs de fonds de l'Ontario en mobilisant des cliniciens experts pour créer et appliquer des solutions de technologie de l'information à l'échelon de la province;
- améliorer – de concert avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée – le rendement des organisations du secteur des soins de santé et, ce qui est encore plus important, améliorer pour les Ontariens l'accès aux services de soins de santé en gérant la collecte et l'utilisation de renseignements opportuns et exacts pour mesurer, gérer et suivre les patients. Cette information appuie aussi la transparence de la production de rapports et de la surveillance visant à instaurer la responsabilisation;
- assurer que les Ontariens disposent de la meilleure information disponible pour prendre des décisions sur les soins qu'ils reçoivent en fournissant des données opportunes sur les temps d'attente pour le site Web public du Ministère.

RÉSEAU RÉNAL DE L'ONTARIO

ACO a créé le Réseau rénal de l'Ontario (RRO) en 2009 afin de diriger un effort à l'échelon de la province pour mieux organiser et gérer la prestation des services de soins rénaux aux patients vivant avec une maladie rénale chronique. Hébergé à Action Cancer Ontario, le RRO cherche, à améliorer la qualité des soins rénaux dans toute la province.

Au cours de sa brève histoire, le RRO a cherché activement à nouer des contacts avec des intervenants du secteur des maladies rénales, à établir une infrastructure provinciale et régionale avec 26 programmes de maladie chronique du rein et à fixer des indicateurs de rendement. Le Réseau se concentre actuellement sur l'établissement de normes et de lignes directrices portant sur la prestation de soins rénaux de qualité et sur leur adoption, la création de systèmes d'information et de mesures du rendement et l'évaluation des besoins et de la capacité en planification.

2010-2011 – FAITS MARQUANTS ET RÉALISATIONS

SERVICES DE CANCÉROLOGIE

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DU CANCER

Prévention et contrôle du cancer désigne le travail effectué pour alléger le fardeau imposé par le cancer en réduisant le nombre de personnes atteintes par la maladie et en atténuant son incidence sur ceux qui se soumettent à un dépistage efficace et à une détection plus précoce. PCC cherche en outre à atténuer les iniquités dans tout le parcours du cancer pour les Autochtones et les autres groupes à risque élevé.

En octobre 2010, la Dre Linda Rabeneck a été nommée vice-présidente, Prévention et contrôle du cancer (PCC). Cette nomination a regroupé efficacement les efforts d'oncologie préventive de ACO en combinant les services Études et surveillance de la population (ESP) et Prévention et dépistage.

Afin d'appuyer sa priorité qui consiste à aider les Ontariens à réduire leur risque d'avoir le cancer, ACO lance des stratégies et des interventions de prévention basées sur de solides données probantes au sujet de nombreux comportements comme le tabagisme, l'activité physique et l'alimentation santé, ou d'expositions qui augmentent ou réduisent le risque d'avoir le cancer.

Action Cancer Ontario joue un rôle de leadership clé dans la lutte contre le tabagisme. Pour ce qui est de l'avenir, ACO continuera de collaborer avec ses partenaires et d'autres organisations du secteur de la santé publique pour créer, appliquer et coordonner les programmes et les services de renforcement des capacités et d'échange des connaissances antitabac afin d'appuyer la stratégie Ontario sans fumée.

Les secteurs d'activité de Prévention et contrôle du cancer sont les suivants :

- Dépistage intégré du cancer
- Surveillance
- Recherche
- Recherche sur les cancers professionnels
- Contrôle du cancer chez les Autochtones
- Soins primaires

1) DÉPISTAGE INTÉGRÉ DU CANCER

Le dépistage du cancer visant à améliorer la détection précoce sauve des vies. En 2007, le gouvernement provincial s'est engagé à accroître la détection précoce et à faciliter le traitement efficace du cancer en se concentrant sur l'amélioration des taux de dépistage des cancers colorectal, du sein et du col. À cette fin, ACO a établi l'objectif primordial qui consiste à mettre en œuvre une stratégie de dépistage intégré. La Stratégie de dépistage intégré du cancer (DIC) de ACO vise à :

- accroître la participation des patients au dépistage;
- améliorer le rendement des fournisseurs de soins primaires sur le plan du dépistage;
- établir un système de dépistage intégré de grande qualité et une infrastructure de gestion de l'information et de technologie.

Le cancer du sein constitue le cancer diagnostiqué le plus souvent chez les femmes de l'Ontario; 80 % des cancers du sein sont découverts chez des femmes âgées de 50 ans et plus.

En 2010, on a diagnostiqué un cancer du sein chez quelque 8 900 Ontariennes et 2 100 femmes sont mortes de la maladie.

En 2010, on a diagnostiqué un cancer du col chez quelque 490 femmes de l'Ontario et 140 sont mortes de la maladie. Chez les Ontariennes de 20 à 49 ans, le cancer du col constitue le deuxième type de cancer le plus fréquent.

En 2010, quelque 8 300 Ontariens ont reçu un diagnostic de cancer colorectal et 3 400 sont morts de la maladie. Il s'agit du troisième cancer le plus fréquent diagnostiqué en Ontario et son incidence augmente avec l'âge, plus rapidement après 50 ans.

On estime qu'en 2011 :

- 3,7 millions d'hommes et de femmes âgés de 50 à 74 ans seront le groupe d'âge visé pour le dépistage du cancer colorectal, même s'il se peut que tous ne soient pas admissibles;
- 1,6 million de femmes âgées de 50 à 69 ans seront admissibles à un dépistage du cancer du sein;
- 4,5 millions de femmes âgées de 20 à 69 ans seront admissibles à un dépistage du cancer du col.

Au cours des prochaines années, ces chiffres grimperont à cause de l'augmentation de la population. De 2011 à 2015 :

- 50 000 femmes de plus par année devraient être admissibles à un test de dépistage du cancer du sein;
- 62 000 femmes de plus par année devraient être admissibles à un test de dépistage du cancer du col;
- 119 000 hommes et femmes devraient être admissibles à un test de dépistage du cancer colorectal.

Le nouveau Programme de dépistage intégré du cancer (DIC) de ACO établit un lien entre le dépistage du cancer du sein, du cancer du col et du cancer colorectal au niveau de la région et de la prestation des services en mettant à contribution les intervenants en soins primaires, cliniciens et régionaux. Cette intégration vise à aider les patients, les fournisseurs et les planificateurs du système de santé à améliorer la qualité et l'adoption des tests de dépistage et le suivi des résultats anormaux afin de réduire la mortalité attribuable à ces cancers.

Faits marquants de 2010-2011

En 2010-2011, ACO s'est concentré sur la conception et l'élaboration du programme de DIC et sur l'augmentation de la participation, le renforcement de la capacité régionale et la mise à contribution de ressources en soins primaires. Au cours de l'année écoulée, nous avons :

- renforcé les structures de gouvernance en créant des groupes de travail qui appuient le DIC;
- créé un groupe consultatif clinique d'experts pour appuyer la refonte du programme de dépistage du cancer du col;
- créé des lignes directrices sur le dépistage du cancer du col et le test immunochimique fécal (TIF) par l'entremise du Programme de soins fondés sur la recherche;
- établi des mesures de rendement clés du DIC et des rapports;
- fait participer les fournisseurs à la planification, à la prestation et à l'évaluation de programmes de dépistage;
- fourni à des médecins de premier recours des mesures de rendement et des rapports d'activité de dépistage personnalisés; fourni du financement pour :
    - deux autocars afin d'appuyer les initiatives visant les personnes mal desservies ou jamais desservies à Thunder Bay et Hamilton;
    - l'expansion de systèmes et de cadres GI/TI existants et l'élaboration de nouveaux systèmes afin d'appuyer le dépistage du cancer et la production de rapports;
- étendu et amélioré les systèmes GI/TI y compris le système InScreenMC afin d'intégrer les cancers du sein, du col et colorectal et d'ajouter une nouvelle capacité d'améliorer la segmentation de la population, l'approche des participants et la production de rapports.
- Finalisé les mesures d' évaluation pour le Dépistage intétgré du cancer
- Finalisé la gouvernance et la charte du projet de dé pistage intétgré du cancer

CONTROLECANCERCOLORECTAL

Le cancer colorectal (CCR), ou cancer du côlon, vient au troisième rang des cancers les plus fréquents en Ontario. Il y a 90 % de chance de pouvoir traiter le CCR et de le guérir s'il est détecté à temps.

ContrôleCancerColorectal (CCC) est un programme de dépistage représentatif structuré établi en 2008 par ACO et le MSSLD afin de réduire la mortalité attribuable au cancer colorectal.

Faits marquants de 2010-2011

En 2010-2011, ACO a cherché avant tout à correspondre avec des personnes pour accroitre la participation au test de dépistage et mobiliser les fournisseurs et le public dans le dépistage du cancer colorectal. Au cours de l'année, nous avons :

- invité des participants nouvellement admissibles, prévenu les participants des résultats de leurs tests de dépistage et envoyé des rappels de dépistage partout en Ontario. Au total, ACO a envoyé plus de 1 024 395 lettres à des participants;
- présenté un programme de formation des fournisseurs agréés par le Collège des médecins de famille de l'Ontario (CMFO);
- conclu des contrats avec 64 hôpitaux et affecté du financement pour plus de 30 000 coloscopies supplémentaires;
- dirigé les campagnes de sensibilisation du public comme le programme Mettre le cancer en échec! adopté par plusieurs équipes de la Ligue de hockey de l'Ontario.

Coloscopies subventionnées :
2009-2010 = 11 830
2010-2011 = 14 008

PROGRAMME ONTARIEN DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le cancer du sein constitue le cancer diagnostiqué le plus souvent chez les femmes de l'Ontario et vient au deuxième rang derrière le cancer du poumon seulement comme cause de décès attribuable au cancer. Combinée à un traitement efficace, la détection précoce par le dépistage structuré du cancer du sein demeure le meilleur moyen actuellement disponible de réduire le nombre de décès.

Le MSSLD a lancé en 1990 le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) qui est administré par Action Cancer Ontario.

Le programme vise à réduire la mortalité attribuable au cancer du sein par la prestation de services de dépistage de grande qualité. Le dépistage périodique du cancer du sein découvre des cancers lorsqu'ils sont de petite taille et sont moins susceptibles de s'être propagés ailleurs. Même si le taux d'incidence du cancer du sein en Ontario est demeuré stable de 1990 à 2007, le taux de mortalité a diminué pendant cette période de 35 % chez les femmes âgées de 50 à 69 ans. Cette baisse du taux de mortalité causée par le cancer du sein est attribuable à la fois à l'amélioration des traitements et à la participation accrue au programme de dépistage.

Le pourcentage des femmes qui se sont soumises à un test de dépistage du cancer du sein approche l'objectif que la province a fixé à 70 % en 2011. Les taux de participation au PODCS sont à la hausse, mais les taux globaux de dépistage du cancer du sein demeurent stables depuis deux ou trois ans.

ACO et ses partenaires régionaux continuent d'analyser et de lancer des façons innovatrices de recruter des femmes par des activités d'approche communautaire, y compris l'utilisation de la caravane mobile du Nord-Ouest dans le nord de l'Ontario et des activités d'approche des collectivités chinoises et des femmes autochtones.

Les initiatives de dépistage pour toutes les femmes de l'Ontario restent toujours à améliorer et des efforts spéciaux s'imposent pour atteindre les femmes dans des collectivités à faible revenu où les taux de dépistage du cancer sont les plus faibles.

Faits marquants de 2010-2011

Au cours de l'année écoulée, ACO s'est concentré sur le financement du dépistage du cancer du sein et des tests de suivi, ainsi que sur l'augmentation de la participation. En 2010-2011, nous avons :

- financé 501 376 tests de dépistage du cancer du sein à 153 centres du PODCS – ce qui représente une augmentation de 7 % par rapport à 2009-2010;
- financé 16 218 tests de suivi de femmes qui ont obtenu des résultats anormaux au dépistage dans 54 centres multidisciplinaires d'évaluation du sein du PODCS – ce qui représentait une augmentation de 6 % par rapport à 2009-2010;
- profité de l'occasion offerte par le 20ème anniversaire du PODCS pour lancer une campagne de sensibilisation du public;
- mis à jour des outils cliniques et des brochures sur le dépistage du cancer du sein à l'intention des fournisseurs de soins primaires et produit de nouveaux documents d'éducation des patients à l'intention du public pour appuyer le dépistage approprié et augmenter la participation;
- lancé le PODCS dans des collectivités rurales grâce au projet de la caravane mobile du Nord-Ouest qui se rend dans presque 30 collectivités du nord-ouest de l'Ontario, depuis la frontière du Manitoba vers l'est jusqu'à Chapleau, et permet aux femmes admissibles de la région de composer un numéro sans frais pour prendre rendez-vous dans une collectivité voisine;
- planifié l'ajout des femmes à risque élevé de cancer du sein au programme du PODCS.

Dépistages dans le cadre du PODCS

2009-2010	468 486
2010-2011	497 066

Augmentation de 6,1 % (dépistages financés par le PODCS)

Regard vers l'avenir

L'implantation du dépistage intégré du cancer se poursuivra en 2011-2012 et commencera à inclure tous les tests de dépistage du cancer colorectal, du col et du sein. Cette activité inclura aussi le financement et l'expansion annoncés du PODCS au dépistage chez les femmes à risque élevé de cancer du sein, ce qui améliorera la qualité des soins fournis aux femmes de 30 à 69 ans qui sont à risque élevé et favorisera la détection précoce du cancer du sein.

La planification et la mise en œuvre du dépistage intégré du cancer deviendront une initiative commune du bureau provincial et du programme régional de cancérologie en 2011-2012, à mesure que les bureaux des programmes régionaux ouvriront leurs portes. Le nombre de centres participants devrait augmenter à mesure que le dépistage intégré du cancer deviendra la seule source de dépistage du cancer colorectal, du sein et du col dont la qualité est garantie.

Le renforcement du leadership clinique et scientifique dans les trois domaines du dépistage améliorera la participation des fournisseurs et la mesure du rendement aux échelons provincial et régional.

2) SURVEILLANCE

L'Unité de surveillance suit les progrès dans les domaines du cancer et de la lutte contre celui-ci, prépare des produits d'information basés sur des résultats de recherche au sujet du cancer et des facteurs de risque du cancer et produit de l'information pertinente et la diffuse à des intervenants de l'intérieur et de l'extérieur. L'Unité réalise ses activités en :

- analysant périodiquement les facteurs de risque et la surveillance du cancer, à la fois dans toute la population et dans des sous-groupes spéciaux;
- élaborant des stratégies de surveillance spéciales pour suivre le cancer ou les facteurs de risque dans des groupes démographiques en particulier (p. ex., cancers professionnels, populations autochtones, inégalités);
- fournissant de l'information, des consultations et des conseils sur la surveillance à d'autres unités de ACO et à des interlocuteurs de l'extérieur;
- créant et diffusant des produits et des stratégies d'échange de connaissances;
- effectuant des recherches connexes.

Faits marquants de 2010-2011

L'Unité de surveillance a dévoilé Le cancer en Ontario : aperçu général, rapport statistique sur les taux d'incidence, de mortalité, de survie et de prévalence du cancer en Ontario. Ce premier rapport détaillé sur les données et les tendances relatives aux types de cancers les plus courants présente un tableau clair des progrès que nous réalisons dans la lutte contre la maladie.

Regard vers l'avenir

Les initiatives à venir comporteront une surveillance améliorée de groupes et d'environnements en particulier, une convergence sur la production et la diffusion accrues d'information et de produits de surveillance, ainsi que l'évaluation de programmes de dépistage intégré du cancer. Le fait de savoir qui a quel type de cancer selon le groupe d'âge, les chances de survie, si la mortalité est à la hausse ou à la baisse et s'il y a plus de personnes vivant avec le cancer aidera l'Ontario et ACO à planifier, financer et évaluer nos services de cancérologie.

3) RECHERCHE

Le programme de recherche de Action Cancer Ontario pivote sur un nouveau réseau de scientifiques qui relie les chercheurs de toute la province et appuie leurs efforts d'application des résultats de recherche dans la pratique clinique, y compris les essais cliniques. Les réseaux de recherche convergent sur quatre domaines importants : imagerie du cancer, services de santé, études représentatives et traitements expérimentaux. Outre sa convergence sur les quatre réseaux de recherche, Action Cancer Ontario continue d'appuyer de nombreux programmes de recherche de la province.

Partenariat avec l'institut ontarien de recherche sur le cancer

Action Cancer Ontario travaille aussi en étroite collaboration avec l'Institut ontarien de recherche sur le cancer par l'entremise duquel le gouvernement de l'Ontario a injecté beaucoup d'argent frais dans la recherche sur le cancer. Le rôle de l'Institut comporte un important volet découverte tandis que Action Cancer Ontario se concentre sur le soutien d'études portant sur les causes, la prévention et la détection précoce du cancer, ainsi que sur le système de prestation de soins en cancérologie. Les deux organismes appuient l'application des résultats de recherche dans la pratique clinique par les essais cliniques.

Programme des chaires de recherche

Le Programme des chaires de recherche de action Cancer Ontario vise avant tout à attirer en Ontario de nouveaux scientifiques de premier plan et à appuyer les scientifiques exceptionnels qui œuvrent déjà dans la province. Le programme comporte quatre secteurs clés : imagerie du cancer, recherche sur les services de santé, études représentatives et traitements expérimentaux. Au cours des trois dernières années, 19 titulaires d'une chaire de recherche ont été choisis pour travailler dans ces domaines et il existe maintenant quatre réseaux de recherche.

Le Programme des chaires de recherche établit des liens entre les chercheurs de toute la province et appuie les efforts scientifiques d'application des résultats de recherche dans la pratique clinique, y compris les essais cliniques.

Étude sur la santé de l'Ontario

L'Étude sur la santé de l'Ontario (ESO) d'une durée de 20 ans recrutera 150 000 résidents de l'Ontario âgés de 35 à 69 ans pour chercher à déterminer comment la génétique, les habitudes de vie, le comportement et l'environnement contribuent à l'apparition du cancer et d'autres maladies chroniques.

L'étude accorde une attention spéciale à l'interdépendance complexe de facteurs qui sous-tendent l'apparition d'un grand nombre de maladies des plus courantes. Les constatations tirées de l'étude devraient aider les chercheurs à trouver de nouveaux moyens de prévenir et de traiter la maladie.

L'ESO est financée par l'Institut ontarien de recherche sur le cancer, le Partenariat canadien contre le cancer et Santé publique Ontario, avec l'appui de action Cancer Ontario. La Division de l'Ontario de la Société canadienne du cancer reconnaît en outre l'importance de l'étude et en approuve les objectifs.

À la suite d'une phase pilote, la collecte des données est passée à un sondage de référence en ligne de tous les adultes de l'Ontario (âgés de 18 ans ou plus) et les activités de l'étude ont été relocalisées de ACO à l'Institut ontarien de recherche sur le cancer. Pour ce qui est de l'avenir, ACO continuera de fournir à l'étude du savoir-faire scientifique.

Unités de recherche appliquée sur le cancer

En 2010-2011, ACO a lancé le programme des unités de recherche appliquée sur le cancer qui fournit du financement pour les infrastructures à des groupes de chercheurs œuvrant dans un domaine de recherche ou plus. Volet important de la stratégie de ACO sur la qualité et l'amélioration de l'accès, le programme vise avant tout à appliquer dans la pratique en Ontario les résultats de la recherche et de l'innovation sur le cancer. Un groupe international a choisi les unités au début de 2011 et les six unités de recherche sur le cancer suivantes ont reçu des subventions.

- **Consortium de l'Hôpital Princess Margaret**

  Thème : Essais cliniques portant sur des médicaments de recherche sur le cancer

- **Division du soin et de l'épidémiologie du cancer**

  Thème : Recherche visant à évaluer l'accès aux soins, la qualité des soins, les efficiences et la gouvernance du système afin d'améliorer les résultats liés au cancer.

- **On-PROST : Résultats des symptômes et toxicité signalés par les patients de l'Ontario**

  Thème : Élaboration et mise en œuvre de mesures des résultats déclarés par les patients (MRDP) pour établir des systèmes de collecte électronique d'information des patients dans le contexte des soins de routine.

- **SCREEN-NET ONTARIO : Le Réseau de recherche sur le dépistage du cancer de l'Ontario**

  Thème : Création de l'infrastructure et lancement d'études pilotes sur le dépistage du cancer afin d'accroître le nombre de propositions de recherche dans ce domaine.

- **Médecine personnalisée et séquençage ciblé et du génome au complet**

  Thème : Création d'une Unité de recherche en génomique (URG) commune et à la fine pointe de la technologie au Réseau universitaire de santé-Hôpital Princess Margaret (RUS-HPM) et à l'Institut ontarien de recherche sur le cancer.

- **Prototypage de système en interventions transcutanées robotiques guidées par l'image**

  Thème : Création d'une infrastructure logicielle informatique (SPARKit) qui facilitera la prise d'images en temps réel pour guider des interventions diagnostiques (comme des biopsies) et thérapeutique (comme la radiothérapie).

Regard vers l'avenir

Les initiatives futures comporteront des recherches visant à faire mieux comprendre les facteurs de risque évitables et leurs déterminants; des interventions représentatives en prévention et dépistage; l'étude du rôle des données probantes et de la participation du public dans les décisions sur les politiques de la santé; et le renforcement du réseau provincial/national de chercheurs en collaboration.

4) RECHERCHE SUR LES CANCERS PROFESSIONNELS

Un cancer professionnel peut s'entendre d'un cancer causé entièrement ou en partie par l'exposition à une substance cancérogène au travail. Le Centre de recherche sur le cancer professionnel (CRCP) doit combler les lacunes de notre savoir sur les cancers liés au milieu de travail et traduire ces constatations en programmes de prévention visant à lutter contre les expositions cancérogènes en milieu de travail et à améliorer la santé des travailleurs.

Le CRCP est financé conjointement pas Action Cancer Ontario, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail et la Société canadienne du cancer, Division d'Ontario. Créé en collaboration avec le Syndicat canadien des métallurgistes unis d'Amérique, le CRCP est géré par ACO et rend compte par l'intermédiaire de l'organisme. Il est constitué d'une équipe de base située à Action Cancer Ontario, qui inclut le directeur du Centre, des scientifiques, des chercheurs et du personnel administratif. Il existe en outre un réseau provincial de collaborateurs qui regroupe des scientifiques et des chercheurs d'autres organismes, des apprenants comme des étudiants au doctorat, des stagiaires, ainsi que des scientifiques invités et adjoints.

Faits marquants de 2010-2011

Le Dr Paul Demers a été nommé directeur permanent du CRCP. Le Dr Demers a déjà été directeur de l'École de santé environnementale de l'Université de la Colombie-Britannique et directeur scientifique de CAREX Canada, équipe multidisciplinaire de chercheurs basée à l'École de santé environnementale de l'Université de la Colombie-Britannique.

Il y avait en outre 17 projets nouveaux ou en cours dans tous les domaines du programme de recherche du CRCP (surveillance, causes, interventions). Douze d'entre eux étaient en cours grâce au financement de base du centre et cinq nouveaux projets étaient financés par des subventions.

Il y a eu aussi deux événements publics d'envergure : l'événement phare annuel du Centre, qui a porté cette année sur l'évaluation du fardeau imposé par le cancer professionnel, et un symposium traitant des répercussions du travail par quarts sur la santé, coparrainé avec l'Institut de recherche sur le travail et la santé.

Regard vers l'avenir

En 2011-2012, le CRCP continuera d'étendre son programme de recherche, de renforcer sa capacité de recherche sur les cancers professionnels et de produire des connaissances et d'en échanger avec divers interlocuteurs. Les nouvelles initiatives cette incluront les suivantes :

- évaluation des coûts humains et économiques des cancers professionnels en Ontario et ailleurs au Canada;
- surveillance des cancers professionnels établissant un lien entre les données du recensement de 1991 et les données du registre national des tumeurs;
- plusieurs événements publics, y compris un atelier sur la classification des agents cancérogènes et un symposium sur les interventions permettant d'atténuer les effets indésirables du travail par quarts;
- projets de recherche concertée avec des scientifiques de partout au Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni, de la France et de la Finlande.

Sans compter qu'elles nous aideront à mieux comprendre les causes des cancers professionnels, ces études produiront des données nécessaires pour prendre des décisions factuelles pour la réglementation des agents cancérogènes au travail, ainsi que pour appuyer les efforts déployés volontairement par les employeurs afin de réduire ou d'éliminer l'exposition.

5) CONTRÔLE DU CANCER CHEZ LES AUTOCHTONES

Les taux de cancer chez les Premières nations, les Inuits et les Métis (PNIM) augmentent de façon disproportionnée par rapport aux taux généraux de cancer au Canada. Les PNIM affichent des taux plus élevés de mortalité attribuable aux cancers évitables et ils ont tendance à se présenter avec des cancers au stade plus avancé au moment du diagnostic. Ces faits démontrent qu'il faut améliorer les stratégies de dépistage et de prévention chez les Autochtones.

Dans le contexte de la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones lancée en 2004, ACO n'a pas ménagé ses efforts pour resserrer ses liens avec les PNIM de l'Ontario par la mobilisation et des réseaux de communication avec tous les groupes PNIM (y compris des organismes autochtones hors réserve). Ces réseaux doivent assurer une approche basée sur la collaboration et aider ACO à appuyer effectivement ces groupes dans leurs efforts en cours de dépistage et de prévention.

Faits marquants de 2010-2011

Afin d'exploiter efficacement la capacité existante et de sensibiliser davantage les PNIM au dépistage du cancer, ACO doit bien comprendre la gouvernance des PNIM, les infrastructures des programmes et les sous-réseaux internes. À cette fin, ACO a établi au cours de l'année écoulée des liens directs avec des groupes PNIM de l'Ontario, jetant ainsi les bases de la mise en œuvre d'initiatives de dépistage et d'autres mesures de contrôle du cancer.

L'Équipe de prévention et de traitement du cancer chez les Autochtones a présenté des ateliers de formation des formateurs appelés Let's take a stand against… colorectal cancer à 37 endroits, y compris plusieurs collectivités des Premières nations. Les ateliers ont attiré plus de 100 fournisseurs de services de santé. L'équipe a en outre aidé les collectivités des Premières nations de Garden River, Six Nations et Beausoleil à accueillir l'exposition Colon géant à leurs salons de la santé respectifs.

La Stratégie antitabac pour les peuples autochtones a adapté la trousse d'outils Jouer, s'amuser, et vivre sans tabac pour les Premières nations afin d'encourager les équipes ou organisations de sports et de loisirs des Premières nations à devenir avertis face au tabac.

Regard vers l'avenir

Une des principales initiatives prévues vise à resserrer les liens entre ACO et les PNIM et à les encourager à participer à la lutte contre le cancer et au dépistage par le renouvellement et la mise en œuvre de la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones.

La stratégie convergera sur les priorités stratégiques suivantes :

- établir des liens productifs à ACO, dans les régions et les peuples et les collectivités PNIM, et entre eux;
- encourager les PNIM à être avertis face au tabagisme, ce qui inclut l'abandon du tabac, la prévention du tabagisme et la protection;
- élaborer en collaboration des approches communes du DIC organisé pour les PNIM, que les Centres régionaux de cancérologie ou d'autres partenaires aideront à mettre en œuvre dans toute la province;
- appuyer la Stratégie sur les soins palliatifs de la province afin de répondre aux besoins des PNIM;
- poursuivre le travail de recherche et de surveillance sur l'incidence du cancer chez les PNIM et les besoins en dépistage afin de contrer le fardeau de plus en plus lourd imposé par le cancer dans les populations PNIM;
- encourager l'application et l'échange des connaissances afin de faire mieux connaître et comprendre le cancer chez les PNIM et d'éclairer les décisions relatives au programme. Le cancer ne fait pas actuellement partie des enjeux qu'il faut aborder dans les collectivités PNIM et la maladie suscite encore énormément de peur. C'est pourquoi il faut faire à la fois mieux connaître et comprendre le cancer chez les PNIM.

Au cours de l'année, ACO a harmonisé ses programmes avec les priorités du gouvernement, cherchant avant tout à hausser les taux de dépistage dans les populations autochtones qui ne s'étaient jamais soumises au dépistage et qui ne l'avaient pas été suffisamment, et à appuyer la Loi favorisant l'Ontario sans fumée par sa Stratégie antitabac pour les peuples autochtones. Créé avec la contribution de jeunes Autochtones et bénéficiant des conseils d'aînés des collectivités, le programme doit produire des messages aux médias avec de jeunes Autochtones et pour eux.

6) SOINS PRIMAIRES

Proposée dans le deuxième Plan de lutte contre le cancer de l'Ontario (2008-2011), la Stratégie sur la collaboration entre les soins primaires et la lutte contre le cancer vise à améliorer le soin du cancer en mobilisant et intégrant des fournisseurs de soins primaires dans tout le parcours du cancer. Le Réseau provincial en soins primaires et lutte contre le cancer (RPSPLC) de Action Cancer Ontario est un réseau innovateur et sans pareil constitué de chefs de file des soins primaires et déterminé à établir un lien entre les fournisseurs de soins primaires et le système de cancérologie dans toute la province.

Le réseau est constitué d'un médecin de famille chef de file provincial et de 13 homologues régionaux qui agissent comme personnes-ressources auprès des fournisseurs de soins primaires de leur région afin de faire entendre la voix des soins primaires dans le système de cancérologie et vice versa. Le réseau vise avant tout à améliorer le dépistage du cancer colorectal.

Faits marquants de 2010-2011

Au cours de la dernière année, le programme des soins primaires a collaboré avec le RPSPLC pour :

- continuer de mettre à contribution les médecins de famille et d'autres fournisseurs de soins primaires afin d'améliorer les taux de dépistage par le test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) dans toute la province en présentant 122 séances d'éducation des fournisseurs qui ont atteint 4 642 personnes, soit 3 549 médecins de famille (qui ont reçu 87 crédits Mainpro C et 430 crédits Mainpro M1), 444 étudiants en médecine, 331 infirmières autorisées, 198 infirmières praticiennes et 120 autres fournisseurs de soins primaires;
- diriger l'élaboration de lignes directrices sur l'aiguillage en soins primaires des cas de cancer colorectal et de cancer du poumon soupçonnés.

Regard vers l'avenir

La stratégie sur la collaboration entre les soins primaires et la lutte contre le cancer fait partie du Programme de soins primaires qui vise à renforcer le lien entre la médecine familiale et le système de cancérologie.

La stratégie sur la collaboration en soins primaires constitue un plan de action clair qui visait au début à améliorer les taux de dépistage et de détection dans le contexte du programme ContrôleCancerColorectal et que l'on est en train d'étendre au dépistage du cancer du sein et du cancer du col. ACO étendra à l'avenir la Stratégie sur la collaboration entre les soins primaires et la lutte contre le cancer afin d'améliorer tous les aspects du soin du cancer en Ontario, y compris la prévention, le dépistage, le diagnostic précoce, le traitement et les soins consécutifs au cancer.

DIAGNOSTIC

Le temps qui s'écoule entre l'apparition des symptômes et le diagnostic réel de cancer constitue une étape critique du parcours du cancer. Il y a des gains considérables à réaliser au cours de cette phase qui permettraient d'améliorer considérablement l'expérience vécue par le patient et les résultats cliniques. La Stratégie sur les temps d'attente de l'Ontario visait au début à améliorer l'accès au traitement après le diagnostic. Action Cancer Ontario se concentre maintenant sur le point d'entrée du patient dans le système afin d'assurer que le cancer est diagnostiqué aussi rapidement et précisément que possible.

PROGRAMMES D'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

La période qui s'écoule entre le soupçon et le diagnostic est marquée par l'obligation de se soumettre à un grand nombre de tests et de consultations et cause souvent énormément d'anxiété et de stress aux patients et aux membres de leur famille.

Afin d'améliorer le volet diagnostic du parcours du cancer, Action Cancer Ontario a appuyé l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'évaluation diagnostique (PED) dans toute la province.

Ces programmes offrent des guichets uniques d'accès aux services diagnostiques. Ils concentrent et coordonnent les services diagnostiques, fournissent de l'information et de l'aide aux patients pendant tout le processus, leur donnent accès à des équipes multidisciplinaires, des ressources d'information et des moyens de soutien psychosociaux. Les PED aident aussi les médecins de famille à avoir accès aux examens diagnostiques pour leurs patients, à obtenir les résultats de tests subis par les patients et de l'information, et à rendre plus efficient le cheminement du travail entre les fournisseurs de soins primaires et les spécialistes. Les PED permettent à Action Cancer Ontario d'aider à améliorer la coordination des soins, à réduire les temps d'attente, à améliorer l'expérience vécue par les patients et, lorsque c'est possible, à minimiser l'évolution de la maladie.

Le Programme d'évaluation diagnostique – Solution électronique Pathway (PED-SEP), mis au point par ACO avec l'aide de la Société canadienne du cancer et en partenariat avec elle, constitue un élément clé des PED. Le PED-SEP est un site Web interactif axé sur les patients qui vise à améliorer l'expérience du diagnostic en donnant aux patients accès à de l'information importante et à de l'aide à mesure qu'ils avancent dans le parcours du diagnostic, ce qui atténue l'incertitude en période difficile et stressante.

Faits marquants de 2010-2011

En 2010-2011, ACO a réussi à établir des PED dans les 14 programmes régionaux de cancérologie. Il existe actuellement des PED pour le cancer du poumon dans 11 régions et pour le cancer colorectal dans sept. On a établi des postes d'infirmière pivot dans les PED pour aider les patients au cours de cette étape du parcours. S'appuyant sur la réussite de ces PED, ACO est aussi en train d'en établir pour le cancer de la prostate.

Le 30 mai 2011, le Programme d'évaluation diagnostique – Solution électronique Pathway (PED-SEP) est entré officiellement « en ligne » dans le cadre d'un projet pilote d'une durée de cinq mois lancé dans le contexte des PED pour le cancer colorectal et le cancer du poumon au Programme régional de cancérologie de Waterloo Wellington (Hôpital de Grand River) et au Programme régional de cancérologie – Nord-Ouest (Centre des sciences de la santé de Thunder Bay).

Projet sur les temps d'attente pour le diagnostic

Le Projet sur les temps d'attente pour le diagnostic vise à mesurer l'efficience diagnostique en définissant les points et les intervalles clés du diagnostic dans le continuum des soins.

Faits marquants de 2010-2011

Au cours de l'année écoulée, le projet s'est appuyé sur les pratiques exemplaires et les leçons apprises et a exploré les tendances internationales des mesures des temps d'attente pour le diagnostic. Plus de 50 personnes qui ont du savoir-faire en soins cliniques, gestion et recherche se sont jointes à un groupe d'experts et ont participé à un exercice de dégagement d'un consensus afin d'aider à définir des points clés du cheminement diagnostique du patient.

Regard vers l'avenir

Action Cancer Ontario a cherché à établir des normes provinciales qui définissent les caractéristiques de l'organisation et de l'établissement d'une pratique attendues d'un programme d'évaluation diagnostique (PED). Ces normes font partie d'une série de stratégies visant à atteindre le but global que constitue l'amélioration de l'accès rapide aux services de diagnostic.

Ces deux intervalles des temps d'attente – de l'aiguillage au diagnostic et du diagnostic au traitement – serviront à contrôler le rendement des programmes d'évaluation diagnostique dans toute la province.

Afin de faciliter la collecte de données sur les temps d'attente, les PED commenceront à comparer les temps d'attente courants en diagnostic en Ontario et à fixer des objectifs pour permettre aux patients d'obtenir plus rapidement un diagnostic ou pour qu'on exclue le cancer. La collecte normalisée de données sur les temps d'attente pour le diagnostic doit commencer au cours du prochain exercice.

DÉTERMINATION DU STADE/PATHOLOGIE

Le Projet de détermination du stade et des rapports de pathologie est une initiative provinciale pluriannuelle qui vise à améliorer la qualité et le caractère complet des données sur les rapports relatifs au stade du cancer et à la pathologie en mettant en œuvre des normes relatives aux données et à la production de rapports qui sont approuvées à l'échelon national.

Cette initiative appuie l'amélioration du système de cancérologie et la qualité des soins reçus par les patients en fournissant aux fournisseurs, chercheurs et autres décideurs du système de cancérologie de l'information nouvelle sur le stade du cancer et la pathologie pour tous les patients qui ont un cancer en Ontario.

Projet de détermination du stade

La détermination du stade s'entend de la classification des cas de cancer en fonction de la propagation de la maladie. Le stade d'un cancer constitue un important prédicteur de la survie et le stade est le principal déterminant du traitement. Le Projet de détermination du stade vise à élaborer des processus et des outils de collecte des données qui permettent d'avoir rapidement accès à des données exactes, complètes et comparables sur la détermination du stade du cancer chez tous les patients adultes de l'Ontario qui ont un cancer. Le modèle de collecte des données de l'Ontario exploite de nouvelles technologies afin d'améliorer la saisie des données.

Faits marquants de 2010-2011

Au cours de l'année écoulée, ACO a mis en œuvre une solution de technologie de l'information afin d'automatiser la saisie des données sur la détermination du stade à partir de rapports synoptiques électroniques (normalisés) sur la pathologie du cancer. À la suite de ce volet et d'autres composantes de projet, des données représentatives sur le stade sont maintenant disponibles pour tous les cas de cancer du sein, du poumon, de la prostate et colorectal diagnostiqués depuis 2007.

Regard vers l'avenir
En 2011-2012, ACO terminera le Projet de détermination du stade. À compter de l'année diagnostique 2010, une nouvelle méthodologie aidera à déterminer le stade des quatre cancers les plus répandus (sein, poumon, prostate et colorectal). La collecte des données commencera aussi à s'étendre à tous les autres sites de la maladie avec l'année diagnostique 2011.

Projet sur les rapports de pathologie

La production des rapports de pathologie constitue un élément crucial du diagnostic et du traitement du cancer. Ces rapports servent à déterminer le traitement approprié ou la combinaison de traitements qui s'impose pour un patient. Le Projet sur les rapports de pathologie vise à rendre les rapports de pathologie sur le cancer plus complets et uniformes en aidant les hôpitaux à adopter un format électronique normalisé appelé « rapport synoptique de pathologie sur le cancer à champs de données discrets ». Le projet vise à amener tous les hôpitaux qui soumettent des rapports électroniques à Action Cancer Ontario à utiliser ce nouveau format.

Faits marquants de 2010-2011
L'implantation initiale du Projet sur les rapports de pathologie s'est terminée au cours de l'année écoulée et 90 hôpitaux de l'Ontario soumettent maintenant des rapports électroniques de pathologie sur le cancer au Registre du cancer de l'Ontario à ACO. Ces rapports synoptiques utilisent des champs de données discrets. Le pourcentage des rapports de pathologie dont le format utilise des champs de données discrets est passé de 60 % à 90 % dans le cas des cancers du sein, du poumon, de la prostate et colorectal, ainsi que de la résection de l'endomètre.

Regard vers l'avenir
En 2011-2012, ACO terminera le Projet sur les rapports de pathologie en passant de la mise en œuvre d'outils synoptiques à l'expansion de la production de rapports synoptiques au-delà des cinq cancers les plus courants, à 63 types de chirurgies et de biopsies du cancer dans tous les hôpitaux de l'Ontario qui produisent des rapports de pathologie électroniques.

GESTION DES CHEMINEMENTS PATHOLOGIQUES

La gestion des cheminements pathologiques (GCP) est une nouvelle façon d'améliorer la qualité des soins, des processus et de l'expérience des patients dans le cas de certains cancers en décrivant et examinant tout le parcours du cancer, du début à la fin. La GCP suit une approche spécifique à la maladie, concentrée sur un type de cancer à la fois, parce que l'expérience vécue par le patient diffère selon le cancer.

La GCP applique un cadre d'examen du rendement du système au complet dans tout le parcours du cancer – depuis la prévention jusqu'au rétablissement et aux soins de fin de vie – et repère les lacunes et les goulots d'étranglement en créant des cartes de cheminement et suivant une approche multidisciplinaire. La gestion vise à déterminer les points à améliorer dans la qualité des soins, les processus et l'expérience vécue par le patient et à aider à les améliorer. La GCP catalyse l'amélioration de la qualité en déterminant les problèmes, partageant des données et facilitant les discussions multidisciplinaires régionales sur ces questions. La GCP produit en outre des cartes du cheminement qui décrivent les soins recommandés et établit des indicateurs pour mesurer l'effet des efforts déployés contre les problèmes déterminés.

Faits marquants de 2010-2011
La Gestion des cheminements pathologiques a fait l'objet d'un examen de programme effectué par le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario (CQSOO) au début de l'été 2010. L'examen a produit une série de recommandation sur la façon de renforcer l'approche GCP dans les domaines suivants : production accélérée de descriptions du cheminement, collaboration avec les régions pour trouver des aspects locaux à améliorer, convergence accrue sur la mesure des résultats pour les patients et qualité des soins.

Parmi les autres réalisations de 2010-2011, mentionnons les suivantes :

- poursuite des efforts d'élaboration de descriptions de cheminements particuliers à une maledie portant sur les cancers de la prostate, du poumon et colorectal et certains cancers gynécologiques;
- lancement à six endroits de projets pilotes sur la gestion de la dyspnée, ce qui a eu des

répercussions positives sur la prise en charge des symptômes et la satisfaction des patients;

- lancement de la Gestion des cheminements pathologiques du cancer de la prostate et mise sur pied d'une équipe de 53 membres, dont 10 représentants des patients, dirigée par deux coprésidents cliniciens;
- séances de consultation régionales sur l'amélioration de la qualité dans le cas du cancer colorectal et du cancer du poumon.

Regard vers l'avenir
En 2011, Action Cancer Ontario :

- dévoilera les premières cartes du cheminement clinique sur son site Web;
- déterminera les interventions prioritaires dans le cas du cancer de la prostate;
- fournira des recommandations sur l'amélioration de la concordance des lignes directrices dans le cas du cancer du poumon.

MODÈLES DE PRESTATION DES SOINS

La demande de services de cancérologie devrait continuer d'augmenter au cours des prochaines années à cause de l'incidence croissante du cancer et de la prévalence et de la complexité des traitements. Les ressources du système de santé demeurent en outre limitées. À cause de l'ensemble de ces facteurs, il semble de plus en plus difficile de maintenir le modèle actuel de prestation des soins.

C'est pourquoi ACO a lancé l'Initiative pluriannuelle sur les modèles de prestation des soins afin de modifier la façon dont l'Ontario fournira et paiera les soins, fera participer les patients et planifiera de façon prévisible et fiable les besoins futurs en ressources humaines de la santé.

L'Initiative sur les modèles de prestation des soins est éclairée fondamentalement par la nécessité de mettre en œuvre des modèles de soins écologiques nouveaux et innovateurs, fondés sur les pratiques exemplaires, axés sur les patients et multidisciplinaires.

Faits marquants de 2010-2011
Au cours de la première année, les priorités de l'Initiative sur les modèles de prestation des soins portaient sur des activités éclairées par des données probantes et la détermination des priorités et du champ d'exercice. L'initiative a réussi notamment à :

- faire participer les intervenants à une discussion détaillée sur la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de nouveaux modèles de prestation des soins;
- élaborer un principe et une approche basée sur les données pour la détermination des nouveaux besoins en ressources humaines ainsi que leur répartition dans toute la province afin de répondre aux besoins en soins prioritaires. Cette approche nous a permis d'obtenir de l'appui pour 11 nouveaux radio-oncologues et 12 oncologues médicaux;
- faciliter la collaboration des responsables des soins cliniques et des responsables des soins oncologiques au sujet de propositions portant sur des modifications des modes de rémunération qui mettent l'accent sur la prise de décisions concertées, le partage d'information et la responsabilisation relative à l'accès et à la qualité du soutien des nouveaux modèles de prestation des soins.

Regard vers l'avenir
Action Cancer Ontario :

- lancera la mise en œuvre par étapes des modèles de prestation des soins fondés sur les pratiques exemplaires. Les premiers efforts viseront à simplifier et à améliorer le soin des patients qui ont un cancer colorectal et ont terminé leur traitement actif;
- continuera d'améliorer les processus de suivi des besoins en ressources humaines du secteur de la santé et d'harmoniser la planification des ressources humaines avec la planification générale du système;
- collaborera avec des partenaires pour simplifier et harmoniser d'autres modes de rémunération des oncologues afin de renforcer la responsabilisation en matière de qualité.

CONFÉRENCES MULTIDISCIPLINAIRES SUR LE CANCER

Les conférences multidisciplinaires sur le cancer (CMC) réunissent des cliniciens de divers secteurs d'expertise pour des réunions périodiques portant sur le diagnostic et le traitement de patients atteints d'un cancer en particulier. Les participants représentent les milieux de l'oncologie médicale, de la radio-oncologie, de l'oncologie chirurgicale, de la pathologie, de la radiologie diagnostique et des soins infirmiers. D'autres professionnels de la santé qui participent au soin d'un patient – diététistes, spécialistes de la réadaptation et pharmaciens, par exemple – peuvent aussi y assister.

Les données indiquent que lorsque leur cas est étudié au cours de CMC, les patients en cause sont plus susceptibles de recevoir des soins basés sur les données probantes, de voir que l'on a tenu compte de tous les traitements possibles et d'obtenir de meilleurs résultats. Les CMC constituent aussi un mécanisme d'examen par les pairs et d'assurance de la qualité. Elles favorisent l'instauration d'une culture multidisciplinaire entre les disciplines et encouragent les hôpitaux à conjuguer leurs efforts entre les régions.

ACO fournit des outils pour aider le personnel de l'hôpital à lancer des CMC à leur centre ou à les améliorer.

Les CMC font en sorte que tous les examens diagnostiques appropriés, tous les traitements possibles convenables et les recommandations sur le traitement le plus approprié soient produits pour chaque patient sur lequel porte la discussion.

Faits marquants de 2010-2011

Au cours de l'année écoulée, les discussions multidisciplinaires ont porté sur plus de 20 000 patients. Les centres régionaux de l'Ontario étaient conformes à 78 % des critères de qualité minimale des CMC, en hausse par rapport à 72 % l'année précédente.

Au cours de la dernière année, on a lancé une ressource Web mise à jour sur les CMC et une évaluation détaillée de l'effet de l'expansion de la couverture et de l'amélioration des CMC est en cours.

Regard vers l'avenir

Au cours des trois prochaines années, les régions devront rendre des comptes en fonction de critères de qualité et d'accès plus rigoureux – le projet a établi un objectif très ambitieux, soit que tous les hôpitaux qui traitent plus de 35 patients dont le cas est unique et qui ont un cancer donné veilleront à ce que le cas des patients appropriés fasse l'objet d'une discussion de grande qualité au cours de CMC.

AMÉLIORATION DE L'EXPÉRIENCE VÉCUE PAR LES PATIENTS

Action Cancer Ontario a réalisé de grands progrès dans le traitement des aspects physiques du cancer, mais l'organisme reconnaît qu'il y a beaucoup de travail à faire au sujet des répercussions que le cancer peut avoir sur la santé affective et psychosociale d'un patient.

Faits marquants de 2010-2011

Key accomplishments of 2010/11 include:

- Les principales réalisations de 2010-2011 comprennent les suivantes :

- effectué un sondage sur la satisfaction de plus de 8 000 patients au moyen de l'outil AOPSS. Le sondage évalue les dimensions clés de l'expérience vécue par le patient : soutien émotionnel, coordination/continuité des soins, respect des préférences du patient, confort physique, information, communication et éducation et accès aux soins;

- établi un conseil consultatif provincial des patients (financé grâce à une subvention de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, FCRSS).

Regard vers l'avenir

Une des stratégies du Plan de lutte contre le cancer de l'Ontario de 2011-2015 consiste à continuer d'évaluer et d'améliorer l'expérience des patients.

Les priorités de la prochaine année consistent notamment à :

- continuer de mettre à contribution et de travailler avec le Conseil consultatif des patients et de la famille comme expert dans nos efforts visant à améliorer les expériences vécues par les patients;

- continuer de mesurer l'expérience vécue par les patients et d'en faire rapport au moyen de l'outil AOPSS;

- élaborer une stratégie intégrée afin d'améliorer la mesure de l'expérience vécue par les patients;

- créer et appliquer une série de mesures des résultats déclarés par les patients qui portent spécifiquement sur le cancer.

CHIRURGIE CONTRE LE CANCER

Le Programme d'oncologie chirurgicale de Action Cancer Ontario cherche à améliorer continuellement la qualité et l'accessibilité des chirurgies contre le cancer en Ontario. ACO gère l'Entente de chirurgie contre le cancer afin d'améliorer la responsabilisation, de répondre aux besoins à court terme liés au volume d'interventions chirurgicales et de préparer le terrain pour des améliorations à plus long terme de la qualité des chirurgies contre le cancer et l'intégration du système d'oncologie.

Normes de chirurgie thoracique contre le cancer

La chirurgie thoracique contre le cancer est une intervention très complexe. Les publications démontrent qu'il existe un lien constant entre les chirurgies thoraciques pratiquées dans un centre désigné de chirurgie thoracique contre le cancer et l'amélioration des résultats pour les patients. L'Ontario compte 15 de ces centres.

Faits marquants de 2010-2011

En 2010-2011, ACO a terminé la mise en œuvre de normes provinciales afin de regrouper la chirurgie thoracique contre le cancer dans des centres désignés et d'optimiser les résultats pour les patients. À compter de décembre 2010, tous les centres non désignés ont cessé de pratiquer des chirurgies thoraciques et ont mis en œuvre des plans afin d'établir avec un centre désigné un partenariat pour y faire soigner leurs patients qui doivent subir une chirurgie thoracique contre le cancer.

Regard vers l'avenir

La province devrait réussir bientôt à atteindre son objectif, soit que 90 % des chirurgies thoraciques soient pratiquées dans un centre désigné à cette fin. Il s'agit d'un jalon important, car il y a des liens clairs entre les résultats fructueux comme une baisse de la mortalité et une diminution des complications, le nombre d'interventions chirurgicales pratiquées (volumes minimaux) et la disponibilité de formation en chirurgie spécialisée et de ressources hospitalières.

Normes de chirurgie hépatopancréaticobiliaire (HPB) contre le cancer

Les données publiées indiquent que les hôpitaux qui pratiquent des volumes importants de chirurgies pancréatiques produisent de meilleurs résultats pour les patients que ceux qui exécutent moins d'interventions. ACO a dévoilé en 2006 les Normes de chirurgie hépatopancréaticobiliaire (HPB) et neuf centres sont désignés pour pratiquer ces interventions chirurgicales. ACO comprend que l'accès aux soins près de chez eux est important pour les patients, mais il faut établir un équilibre entre ce facteur et le besoin de soins spécialisés et de grande qualité.

Faits marquants de 2010-2011

En mars 2010, cinq hôpitaux satisfaisaient aux exigences relatives au volume, soit un de plus que l'an dernier, et deux autres sont sur le point de satisfaire aux exigences qui leur permettront de devenir des centres désignés de chirurgie HPB. Le pourcentage des chirurgies contre le cancer du pancréas pratiquées dans des centres HPB désignés est passé de 79 % en 2008 à 89 % en 2010, tandis que celui des chirurgies contre le cancer du foie pratiquées dans un centre HPB désigné est demeuré relativement stable à 87 % environ.

Regard vers l'avenir

L'Ontario atteindra bientôt son objectif et 90 % des chirurgies HPB pratiquées dans des centres désignés spécialement à cette fin dans la province.

Temps d'attente en chirurgie contre le cancer

On mesure les temps d'attente en chirurgie en suivant le temps qui s'écoule entre le moment où l'on décide d'opérer et celui où l'intervention a lieu. La Stratégie sur les temps d'attente adoptée par le gouvernement de l'Ontario a fixé des objectifs pour différents types de chirurgies. À titre de partenaire de la Stratégie sur les temps d'attente, ACO est chargé de diriger et de gérer le financement affecté aux chirurgies contre le cancer. Le chirurgien attribue à chaque patient une priorité fondée sur de nombreux facteurs comme le type de cancer, la complexité du cas et l'évolution de la maladie.

Faits marquants de 2010-2011

En 2011- 75 % des cas de chirurgie contre le cancer ont été terminés dans les délais prévus, ce qui constitue une amélioration par rapport à 2009-2010.

Il existe une variation entre les sites de la maladie et les niveaux de priorité. Les cancers gynécologiques, du système endocrinien et de la prostate donnent le rendement le plus faible pour les cas de Priorité 2, à 28 %, 33 % et 39 % respectivement qui sont complétés dans les délais prévus. Le cancer du sein et les sarcomes, par contre, donnent le rendement le plus élevé pour les cas de Priorité 2 à 66 % et 82 % respectivement des cas complétés dans les délais prévus.

Regard vers l'avenir

En 2011-2012, ACO continuera de collaborer avec les programmes régionaux de cancérologie et des hôpitaux partenaires pour améliorer les temps d'attente avant une chirurgie contre le cancer.

Tableau des temps d'attente en chirurgie contre le cancer

Tableau 1 : *Temps d'attente en chirurgie contre le cancer – Temps écoulé entre la décision d'opérer et la chirurgie – 90e percentile du nombre de jours*

Exercice 2009-2010 – 2010-2011

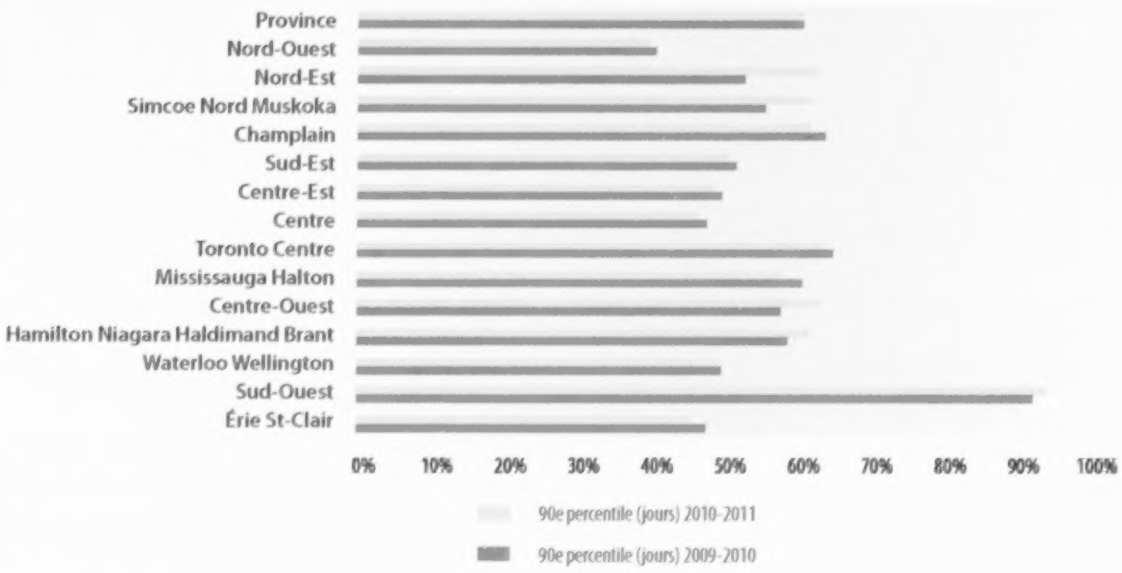
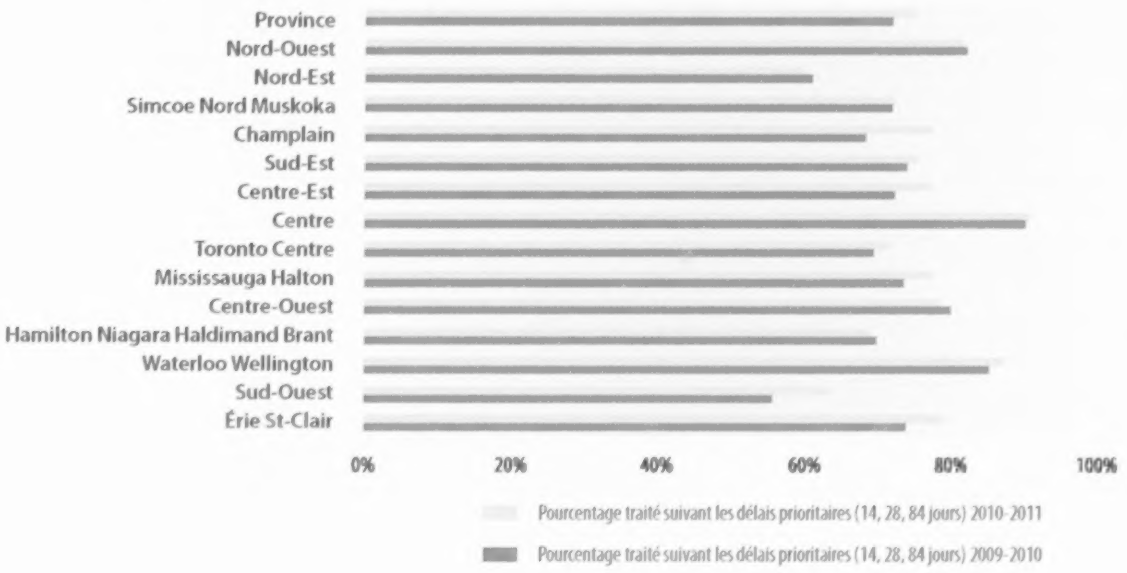


Tableau 2 : Temps d'attente en chirurgie contre le cancer – Temps écoulé entre la décision d'opérer et la chirurgie – Pourcentage traité dans les 14, 28 et 84 jours

Exercice 2009-2010 – 2010-2011



RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie consiste à utiliser des rayonnements ionisants (rayons X, rayons gamma et électrons) pour détruire des cellules cancéreuses. Les rayonnements ionisants constituent un traitement local qui touche seulement la zone traitée et sont souvent utilisés en combinaison avec la chirurgie ou la chimiothérapie.

Amélioration des temps d'attente pour le traitement

ACO produit des rapports sur le nombre de patients traités dans les délais recommandés, en fonction de deux intervalles :

1) de l'aiguillage à la consultation – temps écoulé entre l'aiguillage et le moment où le patient consulte un radio-oncologue;

2) du moment où le patient est prêt à traiter au début du traitement – temps écoulé entre le moment où le patient est prêt à être traité et celui où il l'est.

Le temps d'attente cible dans le cas de l'intervalle entre l'aiguillage et la consultation est de 14 jours. Les intervalles cibles entre le moment où le patient est prêt à traiter et le début du traitement varient de 7 à 14 jours selon l'état du patient.

Faits marquants de 2010-2011

Les temps d'attente pour une radiothérapie contre le cancer ont continué de diminuer en Ontario en 2010-2011 comparativement à 2009-2010. L'intervalle entre l'aiguillage et la consultation s'est amélioré de 5 % pour passer de 68,4 % des patients vus par un radio-oncologue dans les 14 jours en 2009-2010 à 71,5 % en 2010-2011, même si le nombre des patients a augmenté de 4 %. L'intervalle entre le moment où le patient est prêt à être traité et le début du traitement s'est aussi amélioré de 8 % pour passer de 75,8 % des patients traités dans les délais visés (1, 7, 14 jours) en 2009-2010 à 81,7 % en 2010-2011, période pendant laquelle le nombre de patients traités a augmenté de 4 %.

Les résultats ont été obtenus en grande partie grâce aux investissements effectués par le gouvernement provincial sur les conseils de ACO. Depuis cinq ans, les investissements effectués par le gouvernement dans l'infrastructure et le matériel de radiothérapie ont augmenté l'accès aux traitements contre le cancer et leur disponibilité dans toute la province, notamment après l'ouverture de nouveaux centres de cancérologie à Newmarket (Southlake), Peel, Sault-Sainte-Marie et Durham, ainsi que l'agrandissement d'établissements à Ottawa et à Kingston. À la suite de ces investissements, le nombre des unités de traitement a augmenté de 15 entre le 1er juillet 2007 et le 31 mars 2011.

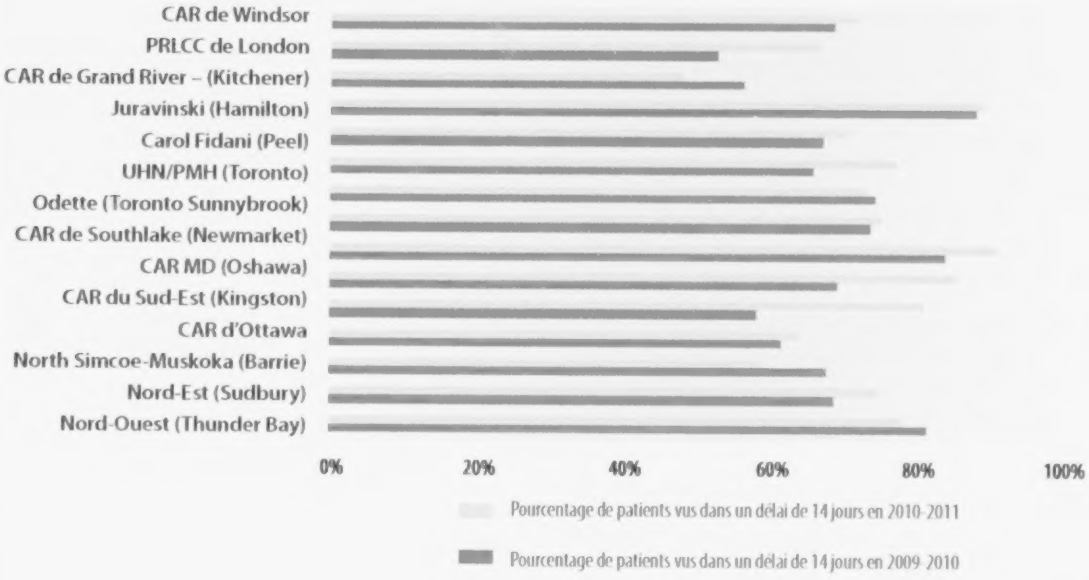
Regard vers l'avenir

De nouveaux centres de cancérologie doivent ouvrir leurs portes au cours des deux prochaines années dans la région de Niagara et à Barrie. Grâce à ces centres, les patients pourront se faire traiter plus près de chez eux et n'auront pas à se déplacer dans une autre ville à cette fin. La capacité accrue peut aider à réduire les temps d'attente et à améliorer l'utilisation de la radiothérapie.

Temps d'attente entre l'aiguillage vers la radiothérapie et la consultation – Pourcentage de patients vus dans un délai de 14 jours

Tableau 1 : Temps d'attente entre l'aiguillage vers la radiothérapie et la consultation – pourcentage de patients vus dans un délai de 14 jours

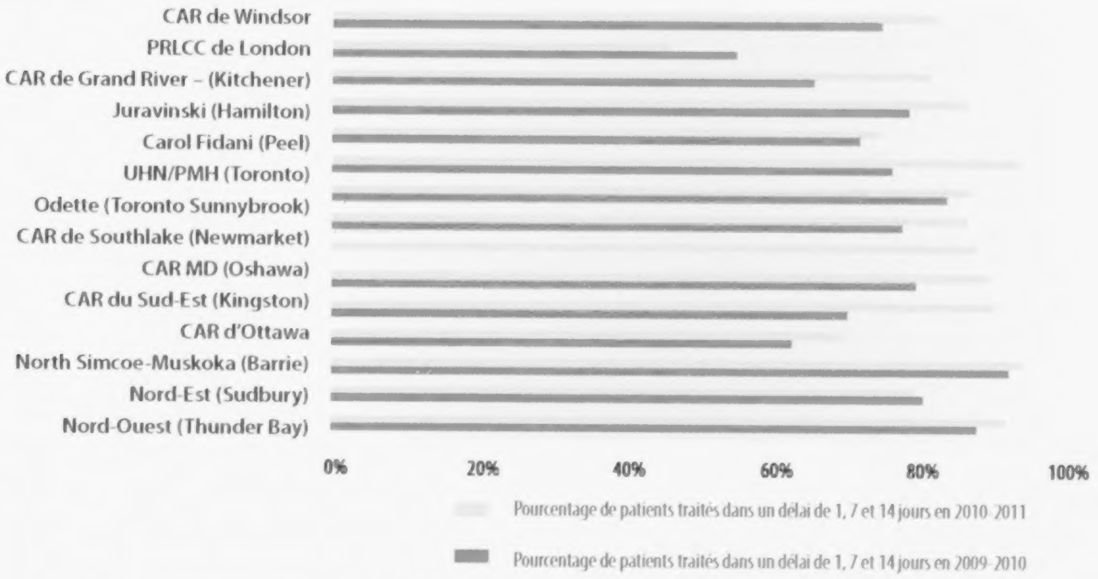
Exercice 2009-2010 comparativement à 2010-2011



Temps d'attente entre l'aiguillage vers la radiothérapie et la consultation – Pourcentage de patients vus dans un délai de 14 jours

Tableau 1 : Temps d'attente entre l'aiguillage vers la radiothérapie et la consultation – pourcentage de patients vus dans un délai de 14 jours

Exercice 2009-2010 comparativement à 2010-2011



Note: Data for Southlake RCC (Newmarket) only available for 2010-11

Radiothérapie avec modulation d'intensité

La radiothérapie avec modulation d'intensité (RTMI) est une façon précise d'administrer de fortes doses de rayonnements à une tumeur tout en réduisant considérablement les doses reçues par les tissus sains voisins. Cette méthode accroît le contrôle local, réduit la morbidité reliée au traitement et améliore la qualité de vie du patient et les taux de guérison. La RTMI est utilisée couramment pour traiter des patients qui ont un cancer du sein, de la prostate, de la tête et du cou, ainsi que des tumeurs au cerveau, des sarcomes, de même que les cancers pédiatriques. En 2009-2010, ACO a élargi l'accès à la RTMI pour les patients en élaborant une approche provinciale de l'implantation de la RTMI qui constitue la norme actuelle de soin en radiothérapie. De 2008-2009 à 2010-2011, on a constaté des augmentations spectaculaires du pourcentage de RTMI administrées dans la province où la moyenne provinciale de tous les traitements radicaux de RTMI (à l'exclusion du cancer du sein) est passée de 17,7 % à 32,2 % respectivement. Le PRT poursuit les efforts consacrés à ces améliorations en favorisant un environnement d'échange de connaissances, d'assurance de la qualité, de partage de pratiques exemplaires entre les centres de cancérologie, de prestation d'initiatives d'encadrement ciblé et d'amélioration de l'accès à des traitements spécialisés et des symposiums.

Faits marquants de 2010-2011

Au cours de l'année écoulée, on a élaboré des lignes directrices factuelles particulières à des maladies pour la RTMI. Ces lignes directrices ont renforcé la capacité de ACO à surveiller la pertinence des soins en Ontario.

ACO a en outre facilité des cours d'éducation à l'intention de plus de 215 professionnels des soins de santé multidisciplinaires, y compris des radio-oncologues, des radiothérapeutes et des physiciens médicaux de toute la province.

Des équipes d'encadrement constituées d'experts de programmes bien établis ont conseillé les cinq centres de cancérologie au cours de l'élaboration de leurs programmes, ce qui a permis d'offrir une formation pratique, d'échanger au sujet des pratiques exemplaires et d'accélérer l'implantation de la RTMI.

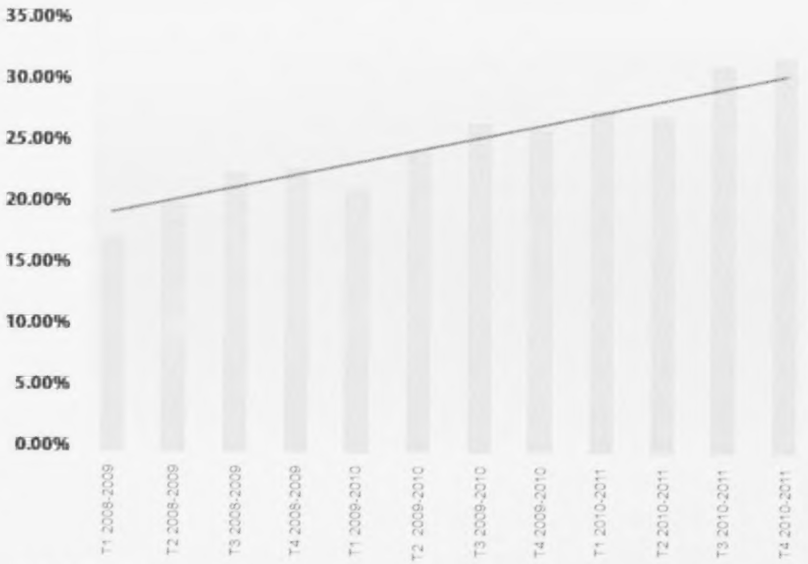
Regard vers l'avenir

Au cours de la prochaine année, ACO prévoit organiser plusieurs cours et ateliers de formation sur le jumelage des images de RTMI à l'intention d'équipes multidisciplinaires de toute la province et offrira aussi des occasions d'encadrement aux centres de cancérologie qui en feront la demande.

** ACO publiera aussi des indications pour la RTMI particulières à des maladies, ainsi qu'une analyse de rentabilité.

Pourcentage de traitements radicaux administrés par RTMI :

moyenne provinciale, sauf RTMI du seinExercice 2009-2010 comparativement à 2010-2011



* Exclut la RTMI du sein

** Données préliminaires

Radiothérapeutes spécialistes cliniques

Il a été démontré que le recours aux services de radiothérapeutes spécialistes cliniques (RTSC) améliore l'accès aux services, réduit les temps d'attente et entraîne l'élaboration et l'application d'améliorations des processus.

Le projet témoin portant sur les radiothérapeutes spécialistes cliniques vise principalement à évaluer la valeur ajoutée au système de soins en oncologie découlant de la création de nouveaux postes en radiothérapie en fonction des priorités du Ministère, qui visent à réduire les temps d'attente, augmenter l'accès et améliorer la santé des Ontariens. Le projet doit créer un modèle de développement et de mise en œuvre qui garantirait une application harmonisée des postes de RTSC à l'échelon de l'Ontario.

Le projet vise notamment à garantir que :

- tous les patients de la province reçoivent une radiothérapie appropriée et de qualité basée sur les meilleures données probantes disponibles et sur le consensus des experts;
- la radiothérapie soit administrée d'une façon sécuritaire pour les patients et pour le personnel partout dans la province;
- tous les patients aient accès au système de radiothérapie de la façon appropriée et aussi rapide et efficiente que possible;
- les patients reçoivent des soins d'une façon coordonnée au bon endroit et le plus près possible de chez eux;
- l'on favorise un environnement d'innovation technique et de participation à des essais cliniques et à des recherches.

Faits marquants de 2010-2011

Les huit RTSC en poste dans quatre centres de cancérologie ont continué d'aider à améliorer les temps d'attente et l'accès aux soins pour les patients en repérant des efficiences possibles et en améliorant l'efficacité des soins par l'innovation et l'amélioration des services.

Les RTSC continuent aussi d'apporter des contributions importantes à la base de connaissances non seulement de la pratique de la radiothérapie, mais aussi de la pratique globale de la médecine radiologique en publiant des manuscrits, en présentant des exposés et participant à des études de recherche.

Regard vers l'avenir

L'initiative passera à une phase d'établissement de la durabilité d'une durée de trois afin d'intégrer en permanence le rôle des RTSC dans le système de soin du cancer de l'Ontario, d'étendre le poste à tous les programmes régionaux de cancérologie et de collaborer avec l'Association canadienne des technologues en radiation médicale pour officialiser le rôle.

TRAITEMENT SYSTEMIQUE

Le traitement général – ou chimiothérapie – utilise des médicaments pour empêcher les cellules cancéreuses de se multiplier ou de se propager ailleurs dans le corps, ou pour les ralentir. Comme dans le cas de la plupart des traitements du cancer, plus la chimiothérapie commence tôt, meilleure est l'issue probable pour le patient.

Amélioration des temps d'attente pour le traitement

Les délais d'attente pour des traitements généraux se sont améliorés même si l'incidence et la prévalence du cancer, ainsi que la demande de services de cancérologie, ont augmenté.
ACO publie des rapports mensuels d'information sur les temps d'attente courants, intégrés spécifiques pour des traitements généraux. Les temps d'attente pour des traitements généraux sont déclarés en fonction de deux intervalles :

1) Les temps d'attente selon la cible pour le délai écoulé entre l'aiguillage et la consultation – Le temps écoulé entre l'aiguillage vers un spécialiste et le moment où le spécialiste accueille le patient.

2) Les temps d'attente selon la cible pour le délai entre la consultation et le traitement – Le temps écoulé entre le moment où un spécialiste accueille le patient et celui où le patient reçoit son premier traitement de chimiothérapie.

La cible dans le cas des délais entre la consultation et le traitement et l'aiguillage et la consultation est de 14 jours.

Nouveaux cas généraux	
2009-2010	40 526
2010-2011	47 748

Augmentation de 17,8 % des cas financés par ACO

Programme régional de traitement général

L'initiative du Programme régional de traitement général (PRTG) vise à assurer que les traitements généraux de la plus grande qualité sont offerts aux Ontariens le plus près possible de chez eux. Le programme a établi une série de normes factuelles sur la prestation sécuritaire et efficace du traitement général. C'est pourquoi on a établi des programmes et des partenariats régionaux, créé des réseaux, échangé des pratiques exemplaires et appliqué des lignes directrices factuelles.

Faits marquants de 2010-2011

À compter d'octobre 2010, 84 % des hôpitaux de l'Ontario qui fournissaient des services de chimiothérapie avaient mis en place des politiques et des procédures sur la manipulation sécuritaire des agents cytotoxiques (médicaments immunosuppresseurs), comparativement à 77 % en 2009.

En 2011, Action Cancer Ontario a lancé dans chaque région un collectif sur la sécurité des patients et des fournisseurs qui cernera d'autres aspects à améliorer afin d'optimiser la prestation sécuritaire de l'ordonnance jusqu'à l'administration en passant par la préparation.

On a renforcé la planification dans le système pour tenir compte de l'augmentation prévue de la demande de traitements. ACO a collaboré de près avec des interlocuteurs provinciaux pour déterminer les ressources humaines de la santé requises (p. ex., oncologues médicaux).

Des hôpitaux communautaires ont reçu des fonds supplémentaires pour le traitement général afin d'augmenter leur capacité et de fournir des soins près du domicile des patients.

Conformément au nouveau travail de ACO qui consiste à assurer la surveillance de services de cancérologie très spécialisés, le Programme de surveillance des transplantations de cellules souches lancé en 2010 porte sur la planification et la surveillance de la prestation, dans la province, de services de grande qualité pour la transplantation de cellules souches et de moelle osseuse.

ACO est en train de mettre au point une application afin d'améliorer, de saisir et d'analyser l'ensemble des données minimales nécessaires pour appuyer les objectifs du Programme de surveillance de la transplantation de cellules souches. ACO recueille des données portant sur la transplantation de cellules souches (TCS) fournies par les centres de transplantation en même temps que les renseignements personnels sur la santé (RPS). Le programme a commencé avec un ensemble de données minimal précis pour 2010-2011. D'autres éléments s'y grefferont en 2011-2012, à mesure que le programme évoluera.

Regard vers l'avenir

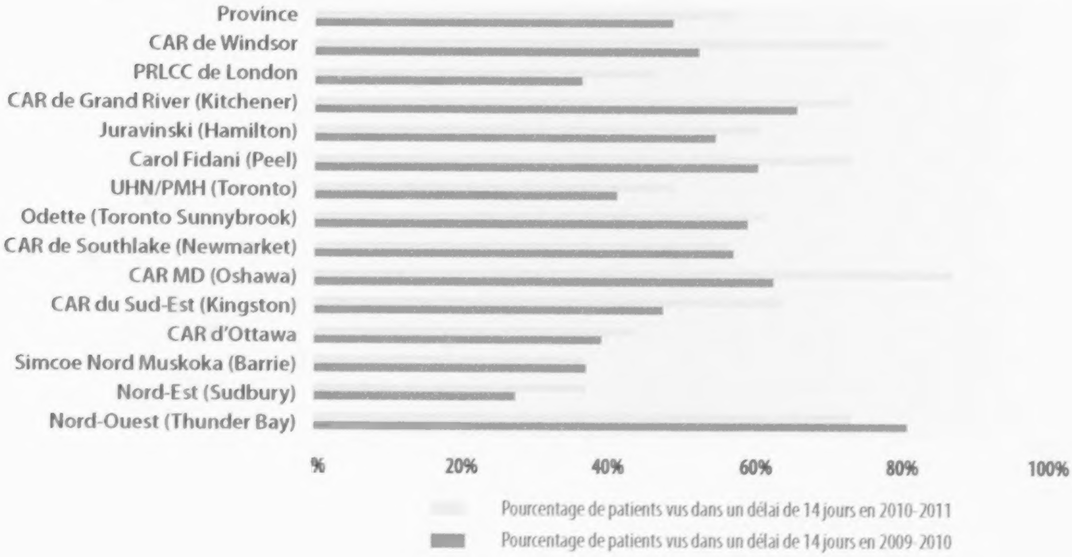
ACO est prêt à étendre et à améliorer l'utilisation de l'entrée informatisée des ordonnances des médecins (EIOM) pour le traitement général en Ontario. Cet outil crucial sert à promouvoir la sécurité des patients parce qu'il réduit au minimum des erreurs contenues dans les lignes directrices, aide à mieux comprendre les pharmacothérapies complexes et limite l'exposition des fournisseurs de soins de santé aux cytotoxines. Le projet d'expansion de l'EIOM consiste à étendre à 15 autres centres hospitaliers le système OPIS, logiciel de commande de médicaments chimiothérapeutiques. Le projet appuie aussi d'autres initiatives, y compris l'amélioration du formulaire électronique de médicaments de ACO, la mise en commun des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière d'EIOM, l'expansion de la collecte des données et l'amélioration du processus électronique de présentation, par les hôpitaux, de demandes au Programme de financement des nouveaux médicaments.

L'expansion devrait être terminée le 31 mars 2013.

Temps d'attente entre l'aiguillage pour un traitement général et la consultation – Pourcentage des patients vus dans un délai de 14 jours

Tableau 1 : Temps d'attente entre l'aiguillage pour un traitement général et la consultation – Pourcentage des patients vus dans un délai de 14 jours

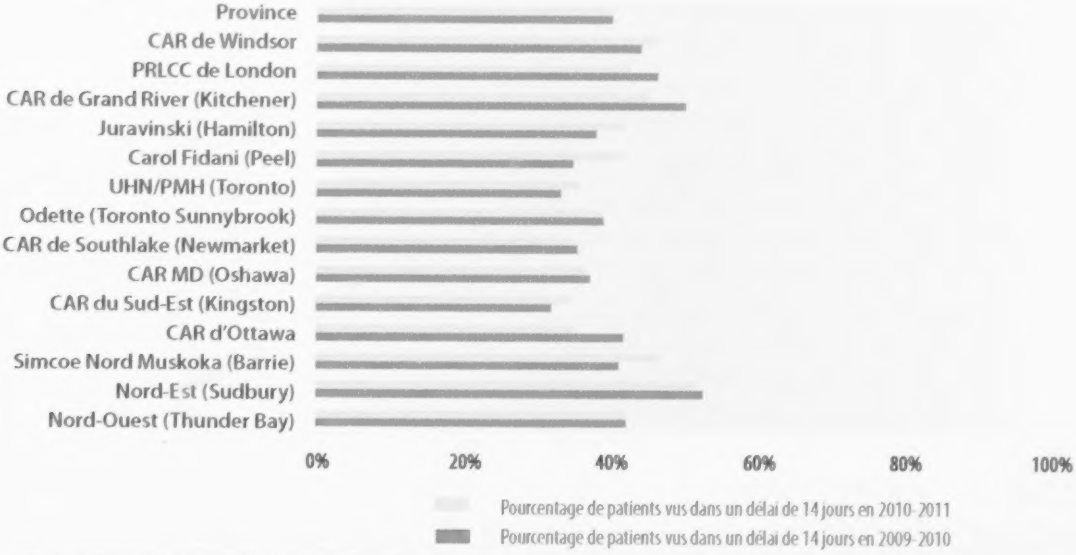
Exercice 2009-2010 (ou 2010-2011)



Temps d'attente entre la consultation pour un traitement général et le traitement – Pourcentage des patients traités dans un délai de 14 jours

Tableau 2 : Temps d'attente entre la consultation pour un traitement général et le traitement – Pourcentage des patients traités dans un délai de 14 jours

Exercice 2009-2010 comparativement à l'exercice 2010-2011



IMAGERIE CONTRE LE CANCER

Reconnaissant l'importance de l'imagerie à toutes les étapes du parcours du cancer, Action Cancer Ontario a créé le Programme d'imagerie contre le cancer (PIC) en 2009.

Faits marquants de 2010-2011

Au cours de la dernière année, le PIC a établi son leadership régional afin de créer un programme de qualité clinique en imagerie contre le cancer pour assurer que les besoins des patients de toute la province y sont représentés et qu'il y est donné suite.

2010 a aussi été la première année au cours de laquelle ACO est devenu responsable de la tomographie par émission de positrons (TEP) dans la province. L'imagerie par TEP est une technique d'imagerie nucléaire qui produit une image ou une photo tridimensionnelle. Elle peut être utile pour circonscrire l'étendue de certains cancers et d'autres maladies, ce qui aide à déterminer le traitement qui convient le plus.

Au cours de la dernière année, le programme a continué de réunir les données probantes sur la TEP afin d'assurer que les Ontariens reçoivent des services d'imagerie, pour produire les meilleurs résultats possibles. Des initiatives comme le Programme d'accès à la TEP et le lancement d'un système d'aiguillage en ligne afin de simplifier le processus d'aiguillage et de réduire les retards ont continué d'améliorer l'accessibilité pour les patients de l'Ontario en 2010-2011.

Regard vers l'avenir

Au cours des trois prochaines années, ACO cherche à bâtir sur l'assise mise en place en 2010-2011, et notamment à :

- déterminer les normes relatives aux pratiques exemplaires en imagerie durant tout le parcours du patient, en commençant par le cancer colorectal et celui du poumon;
- mettre en œuvre une stratégie d'application des connaissances afin de sensibiliser davantage les médecins à la pratique appropriée;
- déterminer les facteurs qui ont contribué aux temps d'attente pour des interventions prioritaires en radiologie interventionnelle;
- continuer de chercher avant tout à assurer que tous les patients de l'Ontario qui peuvent bénéficier d'une TEP sont aiguillés;
- élargir l'accès aux indications émergentes pour une TEP;
- maintenir la transparence en ce qui a trait au processus et aux décisions portant sur la TEP.

ONCOLOGIE MOLÉCULAIRE

La médecine personnalisée est un domaine en pleine expansion qui est sur le point de transformer radicalement la façon de diagnostiquer le cancer et de le traiter. La médecine personnalisée établit des traitements médicaux en fonction des caractéristiques particulières de chaque patient. Elle repose sur la compréhension de la façon dont le profil moléculaire et génétique unique d'une personne la rend vulnérable à certaines maladies, ainsi que des traitements médicaux qui seraient donc sécuritaires et efficaces et de ceux qui ne le seraient pas.

Comme chaque personne est unique, la nature de la maladie – y compris son apparition, son évolution et comment elle pourrait réagir à des médicaments ou à d'autres interventions – est aussi individuelle que la personne. La médecine personnalisée consiste à personnaliser le traitement autant que la personne et la maladie le sont.

L'oncologie moléculaire – domaine de la médecine personnalisée – utilise l'information sur la constitution génétique d'une personne pour prédire le cancer et son pronostic, et pour diagnostiquer le cancer, le surveiller et choisir les traitements les plus susceptibles d'être bénéfiques pour le patient en cause.

Faits marquants de 2010-2011

ACO a créé un comité consultatif d'experts provincial qu'elle a chargé de donner des conseils factuels qui éclaireront la planification du système, la mise au point de nouveaux tests, l'accès et l'assurance de la qualité.

Regard vers l'avenir

ACO publiera des résultats des activités d'analyse prospective et d'examen des données probantes et collaborera avec des partenaires afin de créer un moyen de permettre la mise en service rapide de nouveaux tests moléculaires, de prédiction diagnostique, et d'agents thérapeutiques ciblés en ce qui a trait au cancer.

LE PROGRAMME DE FINANCEMENT DES NOUVEAUX MÉDICAMENTS

Le Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM) finance les médicaments anti-cancer nouveaux et coûteux appuyés par des lignes directrices cliniques et des données pharmaco-économiques, et aide à veiller à ce que les patients de l'Ontario qui ont un cancer aient un accès égal à des médicaments anticancéreux administrés par un hôpital et de grande qualité, peu importe l'endroit où ils vivent en Ontario. C'est ACO qui administre le PFNM lancé en 1997. Il s'agit maintenant d'un des sept programmes publics de subvention des médicaments financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Faits marquants de 2010-2011

En 2010-2011, le MSSLD a investi quelque 220 millions de dollars dans le PFNM afin de rembourser plus de 23 000 cas portant au total sur 27 médicaments anticancéreux et 61 indications.
Aussi au cours de la dernière année, deux nouveaux médicaments et trois nouvelles indications du cancer ont été approuvés.

Regard vers l'avenir

Action Cancer Ontario continuera d'améliorer le PFNM en 2011-2012 en :

- mettant en œuvre un programme d'accumulation de données probantes pour les médicaments anti-cancer qui aidera à rendre ces médicaments disponibles lorsque les données probantes émergent ou sont incomplètes;
- mettant en œuvre le programme d'examen au cas par cas (compassion) qui fournira du financement public pour des médicaments qui ne sont pas subventionnés autrement, dans des circonstances exceptionnelles qui mettent la vie en danger;
- cherchant à appuyer des améliorations du système d'entrée informatisée des ordonnances des médecins (EIOM) de ACO;
- collaborant avec le MSSLD afin d'appuyer la transition de l'examen intérimaire commun des médicaments oncologiques vers le nouvel examen pancanadien des médicaments en oncologie.

PROGRAMME ONTARIEN DE TRAITEMENT COLLABORATIF DES SYMPTÔMES DU CANCER

Le Programme ontarien de traitement collaboratif des symptômes du cancer (POTCSC) vise à améliorer l'expérience vécue par le patient en améliorant la qualité et l'uniformité de la prise en charge de ses symptômes physiques et émotionnels. Le programme met à contribution tous les programmes régionaux d'oncologie pour promouvoir la détermination, la documentation et la communication plus précoces des symptômes des patients, ce qui aboutit idéalement à une meilleure prise en charge des symptômes et à la planification des soins en collaboration qui améliore l'expérience des patients dans tout le parcours du cancer.

Le POTCSC utilise des outils courants d'évaluation et de gestion des soins, y compris un outil électronique appelé outil interactif de collecte et d'évaluation des symptômes (ISAAC), qui donne aux patients le contrôle de l'évaluation de leurs symptômes.

Faits marquants de 2010-2011

La mise en œuvre de l'évaluation routinière des symptômes des patients s'est améliorée régulièrement au cours de l'année écoulée. En mars 2011, il s'effectuait 34 000 évaluations par mois, ce qui représente 50 % de tous les patients atteints d'un cancer qui sont reçus aux centres régionaux de cancérologie.

Les 14 centres régionaux de cancérologie de ACO et les 10 hôpitaux partenaires de traitement général offrent maintenant aux patients la possibilité de déclarer leurs symptômes électroniquement. ACO a aussi appuyé l'intégration d'ISAAC dans les dossiers de santé électroniques des hôpitaux à six centres de cancérologie afin d'améliorer la communication et d'alléger la charge de travail.

On a publié des guides de pratique et des algorithmes cliniques sur la prise en charge des symptômes éclairés par des données probantes afin d'aider les cliniciens à gérer les symptômes d'un patient et à effectuer des aiguillages appropriés au besoin. ACO appuie des stratégies qui visent à permettre d'utiliser ces guides, y compris à les rendre disponibles comme applications mobiles..

Regard vers l'avenir

ACO continuera de mesurer l'évaluation des symptômes et d'en faire rapport et l'objectif fixé par la province pour 2011-2012 est le suivant : 70 % de tous les patients qui visitent des centres régionaux de cancérologie sont soumis à un test de dépistage par mois. L'accès à ISAAC sera étendu à dix autres hôpitaux partenaires cette année. Les activités en cours visent aussi à accroître l'utilisation par les cliniciens de guides de gestion des symptômes et ACO mesurera l'adoption des guides et les succès qu'ils connaîtront.

SOINS AUX SURVIVANTS ET SOINS DE SUIVI

Grâce aux progrès réalisés par la détection rapide et le dépistage, ainsi qu'à l'amélioration des traitements, les gens vivent plus longtemps avec le cancer. On estime qu'en 2017, on estime que 400 000 Ontariens vivront avec la maladie, ce qui représentera une augmentation de 40 % en dix ans. Les soins aux survivants deviennent clairement une discipline distincte et importante du soin du cancer qui a besoin de ses lignes directrices et de ses pratiques exemplaires particulières.

En 2008, ACO a mis sur pied un groupe d'experts chargé de nous conseiller au sujet de notre rôle dans les soins aux survivants. Le groupe a dégagé deux priorités:

1) réduire la variabilité et normaliser les soins aux survivants en renforçant l'assise factuelle;
2) promouvoir les modèles de soins aux survivants.

Faits marquants de 2010-2011

Les faits marquants de l'année écoulée comprennent l'élaboration d'un guide factuel sur les soins de suivi du cancer colorectal et l'élaboration d'un guide sur les modèles de soins aux survivants et de soins de suivi.

Regard vers l'avenir

ACO continuera de chercher à déterminer des modèles innovateurs et factuels de soins aux survivants et de soins de suivi, comme les soins partagés et les visites collectives, ce qui optimisera l'utilisation des ressources du système tout en maintenant ou améliorant l'expérience vécue par les patients. La mise en œuvre de nouveaux guides factuels sur les soins de suivi du cancer colorectal constituera la première priorité. L'application de ce nouveau modèle de soins sera guidée par des projets témoins et appuyée par un programme complet d'application et d'échange de connaissances.

INFRASTRUCTURE

PROJETS D'IMMOBILISATIONS

Une des principales responsabilités de Action Cancer Ontario consiste à coordonner les investissements servant à construire et à équiper les établissements de diagnostic et de traitement du cancer. Cette responsabilité inclut tout, depuis la construction de nouveaux centres de cancérologie jusqu'à la mise en œuvre de la Stratégie de remplacement du matériel de radiothérapie et connexe, qui vise à assurer que les patients de l'Ontario bénéficient d'une infrastructure qui répond aux besoins et aux normes sur la qualité des soins.

Faits marquants de 2010-2011

Au cours de l'année écoulée, ACO s'est concentrée sur les priorités suivantes en matière d'infrastructures :

- aménagement ou l'agrandissement d'établissements de traitement du cancer de premier plan : Centre régional de cancérologie de Simcoe Nord Muskoka à Barrie, agrandissement de l'Hôpital régional de Sudbury – Programme régional de cancérologie; Programme à Algoma et poursuite des travaux de construction du Centre familial de cancérologie Walker du Système de santé du Niagara à St. Catherine, programme intégré du Centre de cancérologie Juravinski à Hamilton;

- affectation ponctuelle supplémentaire reçue pour le remplacement de matériel de radiothérapie totalisant 4,5 millions de dollars qui s'ajoutent à l'affectation annuelle de 29,5 millions. Ces 34,0 millions ont été affectés à dix centres régionaux de cancérologie pour remplacer du matériel de radiothérapie par des appareils plus avancés;

- services de conseils techniques et de coordination fournis pour la construction de nouveaux établissements à Niagara, Kingston et Barrie;

- demandes de propositions lancées afin d'établir des ententes de fournisseur attitré d'appareils de traitement de radiothérapie, de systèmes d'information en radio-oncologie et de systèmes de planification des traitements;

- le Centre régional de cancérologie est maintenant ouvert à Sault-Sainte-Marie, maintenant que la construction du nouvel hôpital est terminée.

Regard vers l'avenir

Les activités prévues au cours de la prochaine année comprennent les suivantes :

- élaboration d'une stratégie d'immobilisations dans des services de radiothérapie;

- obtention d'un financement pour du matériel de radiothérapie supplémentaire à Durham, Grand River et Newmarket;

- surveillance et évaluation de la mise en service de nouvelles technologies de radiothérapie et de simulation portant sur les unités CyberKnife à Ottawa et à Hamilton et un simulateur par résonnance magnétique à London;

- investissements dans de nouvelles installations de traitement à Barrie, Niagara et Kingston;

- relocalisation de l'unité modèle de radiothérapie d'Ottawa à Peterborough pour traiter des patients de la région de Peterborough. La relocalisation signifie que quelques 400 patients par année n'auront pas à se rendre à Oshawa pour se faire traiter;

- gestion du processus de fonds de remplacement en radiothérapie pour distribuer le financement en fonction des priorités de la province et chercher à obtenir du financement supplémentaire pour mieux répondre au volume croissant de matériel de radiothérapie vieillissant à remplacer.

ACCÈS AUX SOINS

Le programme Accès aux soins (AAS) vise à améliorer pour les patients l'accès aux services de santé et à réduire les temps d'attente afin d'appuyer les stratégies du gouvernement provincial sur les temps d'attente et pour les salles des urgences et l'accès aux différents niveaux de soins. Le programme AAS y parvient grâce au rôle de leadership qu'il joue auprès du gouvernement en le conseillant sur l'utilisation de l'information pour améliorer l'accès aux services en Ontario, ainsi qu'en mettant au point et déployant de nouvelles solutions d'information.

AAS fournit des produits et services d'information de grande qualité au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, aux RLISS, aux hôpitaux, au public et à d'autres intervenants clés. Ces produits permettent d'améliorer le rendement et d'assurer la responsabilisation dans les organismes de soins de santé. Ils contiennent de l'information tirée des quatre secteurs d'activité du programme AAS :

1) Information sur les autres niveaux de soins (ANS)
2) Information sur les salles des urgences
3) Temps d'attente en chirurgie et imagerie diagnostique
4) Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux (POESC)

INFORMATION SUR LES AUTRES NIVEAUX DE SOINS

En 2008-2009, il a été décidé que dans le contexte de la Stratégie d'information sur les SU/ANS, le Système d'information sur les temps d'attente (SITA) serait étendu à l'information sur les ANS en temps quasi-réel à la fois dans le secteur des soins actifs et dans celui des soins post-actifs. Les 114 hôpitaux participant au projet représentaient environ 95 % des lits d'hôpitaux en Ontario.

Faits marquants de 2010-2011

Les activités entreprises au cours de l'année écoulée pour tenir en partie l'engagement pris par ACO de livrer la marchandise dans le contexte de la Stratégie d'information sur les SU/ANS, comprennent les suivantes :

- développement de l'application SITA-ANS et déploiement dans six hôpitaux;
- détermination des obstacles au transfert des patients en ANS qui vivent de plus longues périodes d'attente, ce qui a abouti à des stratégies mises en œuvre par les RLISS.

Regard vers l'avenir

En 2011-2012, le secteur ANS donnera suite entièrement à la recommandation contenue dans la Stratégie d'information sur les SU/ANS qui vise avant tout à saisir de l'information sur les ANS, ce qui inclura les activités suivantes :

- déploiement du système SITA-ANS dans les 108 établissements de soins actifs et post-actifs qui restent;
- transfert de sources de données pour les rapports de rendement de l'outil de téléchargement intérimaire ANS dans le système SITA-ANS;
- ajout d'une fonction d'auto-déclaration par iPort^MC Access pour les hôpitaux, les RLISS et le MSSLD. iPort est un outil d'analyse Web protégé qui donne aux planificateurs et aux décideurs un accès instantané à de l'information claire et exacte sur le cancer au niveau de la province et à celui des RLISS;
- un suivi d'un an de l'étude des cas d'attente prolongée en ANS qui utilisent des données en direct pour déterminer les améliorations du rendement;
- amélioration du système SITA-ANS, y compris les éléments de données supplémentaires, basés sur les recommandations d'intervenants du secteur ANS.

INFORMATION SUR LES SALLES DES URGENCES

Plus on en connait sur la circulation des patients dans les salles des urgences, plus il est possible d'améliorer l'expérience que les patients y vivent et de réduire les temps d'attente. La Stratégie SU/NNS consiste notamment à simplifier la présentation de données sur les salles des urgences et à établir des liens avec d'autres ensembles de données.

A cette fin, le programme AAS a établi avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) un partenariat pour exploiter le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) pour la collecte rapide de données sur les temps d'attente dans les salles des urgences. L'Initiative ambulatoire nationale pour les salles des urgences (IANSU) lancée en 2009 vise à aider à mesurer le temps que les patients passent dans les salles des urgences et à en faire rapport. Quatre-vingt-onze établissements de la province réunissent et soumettent des données sur les salles des urgences qui font maintenant l'objet de rapports publics.

Faits marquants de 2010-2011

Dans le contexte d'une expansion de l'IANSU, les hôpitaux ont commencé à réunir, en mai 2011, cinq nouveaux éléments de données portant sur les consultations des médecins spécialistes. Au total, les cliniciens réuniront 38 éléments de données portant sur le parcours du patient à la salle des urgences, ce qui inclut tout, depuis le débarquement de l'ambulance jusqu'au moment où les patients sont vus par un médecin et finissent par quitter le service des urgences.

Aussi en 2010-2011, ACO a élaboré une stratégie de programme de participation clinique mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité des données. Le programme AAS a collaboré avec 91 responsables des soins cliniques pour aider à informer le personnel des salles des urgences et à promouvoir l'importance de donner une grande qualité.

Regard vers l'avenir

En 2011-2012, la planification stratégique sur l'information relative aux salles des urgences de ACO visera avant tout à faire avancer les objectifs du programme, ce qui consistera notamment à :

- proposer de nouveaux éléments de données à ajouter à l'ensemble de données de l'IANSU;
- explorer les avantages offerts par l'exploitation du SITA pour mesurer les temps d'attente imposés aux patients des salles des urgences qui attendent des services d'IRM et de TDM;
- continuer de concentrer les efforts sur la conformité et la qualité des données pour assurer que l'information relative aux salles des urgences est significative pour tous les intervenants.

TEMPS D'ATTENTE EN CHIRURGIE ET EN IMAGERIE DIAGNOSTIQUE

Le Système d'information sur les temps d'attente est un système provincial qui suit les temps d'attente en chirurgie et en imagerie diagnostique, les mesure et en fait rapport. Plus de 3 300 cliniciens de 94 hôpitaux subventionnés pour réduire les temps d'attente soumettent de l'information sur 2,3 millions d'interventions chirurgicales chez les adultes et les enfants et sur les IRM/TDM chaque année en Ontario. Les rapports publics de cette information ont commencé à paraître en 2006. Les cliniciens utilisent l'évaluation normalisée de la priorité attribuée aux patients et des cibles qui ont été établies par des groupes d'experts.

Faits marquants de 2010-2011

L'an dernier, les rapports publics sur les temps d'attente se sont étendus à toutes les disciplines de la chirurgie. En Ontario, 75 % des patients ont été traités dans les délais établis par le gouvernement pour toutes les interventions. Par exemple, des densitométries ont été effectuées 50 jours plus tôt, ce qui représente une amélioration de 62 %.

Regard vers l'avenir

Le SITA bénéficiera en 2011-2012 d'améliorations et d'ajouts importants, dont les suivants :

- expansion du SITA pour saisir l'attente 1 en chirurgie. L'attente 1 est le délai qui s'écoule entre l'aiguillage vers un spécialiste de la chirurgie et la première consultation. Ces données aideront à comprendre le temps total d'attente en chirurgie et éclairera des stratégies d'amélioration du rendement sur le plan de l'accès. Les rapports commenceront à paraître en 2012-2013;
- déploiement du SITA dans les hôpitaux dotés d'appareils d'IRM/TDM nouveaux ou supplémentaires;
- développement et application d'un bulletin sur la qualité des soins orthopédiques dans le cas des arthroplasties de la hanche et du genou qui fournit aux hôpitaux et aux RLISS un outil d'appui à l'amélioration de la qualité;
- amélioration du SITA sur le plan à la fois de la chirurgie et de l'imagerie diagnostique afin d'améliorer la qualité des données saisies.

PROGRAMME D'OBJECTIFS EN MATIÈRE D'EFFICIENCE DES SOINS CHIRURGICAUX (POESC)

Le Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux (POESC) utilise des données sur le rendement des salles d'opération pour déterminer les aspects qui posent les problèmes de rendement durant la partie péri-opératoire (durée de l'intervention chirurgicale subie par un patient, depuis l'admission jusqu'au congé) du continuum des soins. Le POESC mesure des indicateurs de rendement clés (IRC) de la gestion chirurgicale et en fait rapport, compare le rendement à celui d'hôpitaux comparables et établit les objectifs de rendement provinciaux pour appuyer des améliorations des processus.

Ce programme aide à optimiser la capacité chirurgicale de l'Ontario, accroît l'accès aux services chirurgicaux et maintient les soins aux patients de grande qualité.

Faits marquants de 2010-2011

Au cours de l'année écoulée, le POESC a mis en œuvre des rapports normalisés sur le service relatif aux interventions, des rapports améliorés sur les retards et les annulations en chirurgie et des rapports publics sur la Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire.

Depuis le lancement des rapports, la conformité des hôpitaux au programme POESC dépasse 90 %, ce qui signifie qu'ils ont procédé aux trois phases (breffage, pause et débreffage) de la liste.

Regard vers l'avenir

L'an prochain, le POESC :

- trouvera des possibilités d'améliorer le rendement péri-opératoire au niveau de la province;
- mettra en œuvre des définitions normalisées du filtrage préalable à l'admission et dans les blocs chirurgicaux qui amélioreront la qualité des données et favoriseront une meilleure uniformité dans toute la province;
- établira des objectifs de rendement provinciaux en ce qui concerne le pourcentage de patients filtrés avant l'intervention chirurgicale et le pourcentage de cas ultérieurs à temps ou d'indicateurs précoces;
- préconisera le partage des principales pratiques péri-opératoires entre les hôpitaux.

RÉSEAU RÉNAL DE L'ONTARIO

Gestion du programme provincial

ACO coiffe le nouveau Réseau rénal de l'Ontario (RRO) qui est en train d'établir ses structures de leadership, de gouvernance et de responsabilisation afin de permettre l'implantation d'un système de calibre mondial de prestation de soins aux Ontariens qui vivent avec une maladie rénale chronique (MRC).

À l'échelon de la province, le RRO a créé un comité de direction mixte avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le MSSLD a approuvé le plan de travail du RRO, y compris la structure organisationnelle et le budget provinciaux. Un cadre d'évaluation du RRO comportant des produits clés à livrer et des objectifs a été établi.

Le RRO a aussi créé le Conseil rénal de l'Ontario qui réunit un vaste éventail d'intervenants contribuant au travail du Réseau par leurs points de vue divers et leurs conseils.

Le RRO a recruté une solide équipe de direction provinciale et créé des comités importants qui dirigeront les efforts déployés pour atteindre ses buts et réaliser ses activités. Ces comités comprennent les suivants :

- Un Conseil consultatif clinique – constitué du directeur médical provincial (président) et de six néphrologues représentant les milieux régionaux, universitaires et communautaires de la province – le Conseil se réunit périodiquement pour orienter le travail du RRO sur le plan clinique.
- Le Comité consultatif sur la collecte et l'analyse des données (CCCAD) – constitué de représentants de l'ancien Comité consultatif du Registre des maladies rénales (RMR), de dirigeants du RRO et d'autres intervenants – se réunit périodiquement pour formuler des commentaires d'experts et contribuer aux activités de production de rapports de données et de rendement.
- Un Comité de liaison avec les hôpitaux – constitué des chefs de la direction et des cadres supérieurs de chacun des 26 programmes régionaux de traitement des maladies rénales chroniques et d'un satellite subventionné directement dans la province – est chargé de faire fonction de centre de réflexion critique pour des activités reliées à l'administration des hôpitaux (p. ex., modèles de financement).
- Un Forum de leadership provincial – constitué des 14 directeurs régionaux du RRO – qui se réunit une fois par mois pour planifier et coordonner la prestation de services de traitement des maladies rénales chroniques en Ontario.

Ententes de financement et répartition

Le MSSLD a approuvé un nouveau processus d'affectation des fonds consacrés au traitement des maladies rénales chroniques. Le RRO doit à cette fin gérer le processus de répartition des fonds affectés à l'augmentation des services et formuler des conseils sur l'affectation du financement. À cette fin, le RRO a lancé les activités suivantes :

- Des ententes contractuelles du Programme de traitement des maladies rénales chroniques portant sur des fonds supplémentaires ont été signées avec des fournisseurs de services de traitement des maladies rénales chroniques (hôpitaux et satellites financés directement) de la province. Les ententes prévoient des fonds supplémentaires basés sur les volumes, le rendement, les activités d'amélioration de la qualité et les demandes de présentation de données.
- Le processus d'affectation des fonds supplémentaires au cours de l'exercice 2010-2011 a été dirigé par le RRO et terminé en collaboration avec les programmes régionaux de traitement des maladies rénales chroniques, les RLISS et le MSSLD. Ce processus a obligé les hôpitaux à s'engager à fond pour revoir les volumes des activités subventionnées et prévues en fin d'exercice, régler les écarts au niveau des données et effectuer les rajustements financiers nécessaires.

Modèle de financement basé sur les patients

En novembre 2008, le Comité mixte des politiques et de la planification (CMPP) a recommandé, dans le cas des maladies rénales chroniques, un modèle de financement basé sur les cas qui s'attaque à un manque d'argent dans le domaine des maladies rénales chroniques et tient compte de la complexité clinique. Pour répondre à la demande du MSSLD portant sur la création d'un nouveau modèle de financement dans le cas des maladies rénales chroniques en 2010-2011, un cadre de financement proposé a été établi et revu par le Comité consultatif clinique, le Forum du leadership provincial et le Groupe de référence sur le modèle de financement.

Ce cadre fait actuellement l'objet de discussions avec les 14 comités régionaux de direction du programme rénal de la province, ainsi qu'avec le MSSLD. Au printemps de 2011, le MSSLD a effectué un premier investissement dans ce cadre amélioré.

Planification de la capacité

Le MSSLD a demandé au RRO d'établir un plan provincial sur la capacité en dialyse qui projettera les tendances actuelles de l'utilisation des services de dialyse en Ontario jusqu'en 2013, ce qui permettra de déterminer le besoin, s'il en est, d'une capacité supplémentaire en dialyse. Cette année, le RRO a :

- déterminé l'excédent ou le manque de capacité en dialyse pour chaque RLISS en se basant sur les tendances actuelles des déplacements des patients, l'analyse de la durée des déplacements, le taux d'utilisation des postes de dialyse et les taux de dialyse à domicile, ainsi que des options proposées pour maximiser la capacité existante dans chaque région, le cas échéant;
- créé un Plan provincial sur la capacité comportant des recommandations au MSSLD.

Gestion des programmes régionaux

Le RRO compte maintenant sur une structure régionale pour appuyer les opérations efficaces et la réalisation des priorités du programme de traitement des maladies rénales chroniques dans toute la province. Cette structure s'acquitte de son mandat qui est d'améliorer la coordination, la gestion et la qualité des services de traitement des maladies rénales chroniques dans la province.

Le recrutement de 14 directeurs régionaux et de 14 responsables médicaux régionaux est terminé dans chaque RLISS.

Mesure et gestion du rendement

La mesure et la gestion du rendement constituent un des secteurs d'activité de base du RRO. Le suivi du succès que connaissent les initiatives stratégiques du RRO à l'échelon tant provincial que régional aidera à éclairer les discussions avec les programmes régionaux de traitement des maladies rénales chroniques sur des aspects qui nécessitent une attention ou un appui supplémentaire. Les initiatives suivantes sont en cours dans ce domaine :

- Un cycle de mesure et de gestion du rendement vise à suivre les progrès et sera complètement implanté en 2011-2012.
- On a créé un rapport régional et bulletin des paramètres clés de rendement pour appuyer le processus de gestion du rendement.
- Le Comité consultatif clinique a défini et approuvé une série d'indicateurs de la qualité pour les maladies rénales chroniques qui sont harmonisées avec les lignes directrices généralement reconnues publiées par la National Kidney Foundation aux États-Unis (initiative sur la qualité des résultats en néphropathie) et la Société canadienne de néphrologie.

Gestion et technologie de l'information

Jusqu'à récemment, les données disponibles portaient sur la moitié seulement des patients qui suivent des traitements de dialyse chronique dans la province. Le RRO a investi dans un système de gestion de l'information qui réunira des données opportunes sur tous les patients qui ont une maladie rénale chronique dans la province, ce qui permettra de créer un tableau de référence de la qualité dans la province. Les progrès suivants ont été réalisés vers ce but plus général :

- Une entente signée avec le Réseau universitaire de santé prévoit le transfert au RRO du Registre des maladies rénales (RMR), y compris la propriété intellectuelle, deux membres du personnel du registre, l'infrastructure technique et des données saisies auparavant par le Registre.
- Un sondage ponctuel a été administré aux programmes de traitement des maladies rénales chroniques de l'Ontario, ce qui représente environ la moitié des programmes qui ne soumettaient pas de données auparavant au Registre.
- Le RRO dispose maintenant d'un ensemble de données minimales provincial, le système de production de rapports sur les maladies rénales de l'Ontario (SRMRO) qui porte sur tous les patients suivant des traitements de dialyse chronique dans la province.
- Le RRO a maintenant mis en œuvre un processus mensuel de saisie de données et de production de rapports d'information sur les incidents et d'information prévalente sur les patients qui suivent des traitements de dialyse contre une maladie rénale chronique.
- ACO et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont signé une entente sur le partage des données.
- Le RRO a commencé à réunir de l'information sur les patients qui suivent des traitements de dialyse contre une maladie rénale chronique inscrits au Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) de l'ICIS afin de simplifier les activités de collecte des données pour le compte de fournisseurs de services de traitement des MRC en Ontario.
- Un portail sécurisé de transmission de renseignements personnels sur la santé a été établi à l'intention des fournisseurs de services de traitement des maladies rénales chroniques.
- La construction de l'infrastructure technique du SRMRO est en cours.
- On est en train de mettre au point une solution intégrée à long terme de saisie électronique de données provenant des fournisseurs de services de traitement des maladies rénales chroniques dans toute la province.

Communications et relations avec les interlocuteurs

Afin d'améliorer la transparence de l'organisme et d'établir des liens avec les interlocuteurs, les activités suivantes sont en cours :

- Le RRO a son propre site Web, fr.renalnetwork.on.ca, et son bulletin, ORN Connects. Six numéros d'ORN Connects ont paru depuis février 2010. Cette année, le bulletin paraîtra une fois par trimestre.
- Le RRO prépare une stratégie de communication qui déterminera des possibilités de participation avec des interlocuteurs clés et les médias, ainsi que les jalons clés de l'organisme.
- Pour confirmer et préciser ses priorités, le RRO a organisé sa deuxième réunion publique locale en juin 2010, qui a attiré un vaste éventail d'interlocuteurs de l'Ontario.
- Le RRO a tenu en mai 2011 sa première journée de planification qui a attiré des chefs de file du domaine des maladies rénales chroniques de toute la province.
- Une série d'activités de participation plus intimes en planification visera à resserrer des liens importants entre le RRO et des interlocuteurs de premier plan comme le Renal Administrative Leader's Network of Ontario, l'Association des néphrologistes de l'Ontario, la Fondation canadiennes du rein Ontario et d'autres représentants de l'industrie.
- Pour ce qui est de l'avenir, le RRO élaborera son premier plan pluriannuel sur les services de traitement des maladies rénales chroniques dans la province.

RESSOURCES HUMAINES

Au cours de l'exercice 2010-2011, le personnel de ACO a augmenté à la suite d'une expansion de notre rayonnement et de notre mandat, en particulier dans les domaines de l'accès aux soins, de la tomographie par émission de positrons et du Réseau rénal de l'Ontario.

Au cours de l'exercice 2010-2011, ACO comptait au total 688,50 ETP.

DONNÉES FINANCIÈRES

Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

620 University Avenue   Toronto ON   M5G 2L7
tel: 416.971.9800   **fax:** 416.971.6888
www.cancercare.on.ca

Le 23 juin, 2011

Responsabilité de la direction à l'égard de l'information financière

La direction et le conseil d'administration sont responsables des états financiers ainsi que de toute autre information contenue dans le présent rapport. Les états financiers ont été dressés par la direction conformément aux principes comptables généralement reconnus et renferment, s'il y a lieu, des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations de la direction.

Action Cancer Ontario tient à respecter les normes les plus élevées en matière d'intégrité et de services aux patients. Pour protéger son actif, l'organisme a mis en place un ensemble solide et dynamique de contrôles et de procédés financiers internes traduisant un bon équilibre coûts-avantages. La direction a élaboré et maintient des contrôles financiers et administratifs, des systèmes d'information et des pratiques de gestion de manière à fournir une assurance raisonnable quant à la fiabilité de l'information financière. Des vérifications internes sont effectuées pour évaluer les systèmes et pratiques de gestion, et des rapports sont remis au comité de vérification et des finances.

Par l'intermédiaire du comité de vérification et des finances, le conseil d'administration veille à ce que la direction assume ses responsabilités à l'égard de l'information financière et du contrôle interne. Le comité supervise les activités financières d'Action Cancer Ontario et revoit les états financiers ainsi que le rapport des vérificateurs externes.

Les états financiers ont été examinés par le bureau du vérificateur général de l'Ontario. Il incombe au vérificateur général d'exprimer son opinion quant à savoir si les états financiers donnent une image fidèle des résultats conformément aux principes comptables généralement reconnus. Dans son rapport, le vérificateur général fait part de son examen et de son opinion.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2011, il incombait au conseil d'administration d'Action Cancer Ontario, par l'intermédiaire du comité de vérification et des finances, de s'assurer que la direction avait assumé ses responsabilités en ce qui concerne la présentation de l'information financière et les contrôles internes. Le comité rencontre régulièrement la direction, le vérificateur interne et le vérificateur général pour s'assurer que chaque partie s'est bien acquittée de ses fonctions respectives et pour examiner les états financiers avant de recommander leur approbation par le conseil d'administration. Le vérificateur général a directement et pleinement accès au comité de vérification et des finances, en présence ou non de la direction, afin de discuter de sa vérification et de ses conclusions quant à l'intégrité de l'information financière et à l'efficacité des contrôles internes.

Au nom de la direction d'Action Cancer Ontario,

Le président et chef de la direction,
Michael Sherar
Michael Sherar, PhD

La vice-président et chef des finances,
Elham Roushani, BSc, CA

Ontario
Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

Office of the Auditor General of Ontario
Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Rapport de l'auditeur indépendant

À Action Cancer Ontario
et au ministre de la Santé et des Soins de longue durée

J'ai effectué l'audit des états financiers ci-joints d'Action Cancer Ontario, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2011, et les états des résultats, de l'évolution des soldes des fonds et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de mon audit. J'ai effectué mon audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que je me conforme aux règles de déontologie et que je planifie et réalise l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

J'estime que les éléments probants que j'ai obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder mon opinion d'audit.

Opinion

À mon avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière d'Action Cancer Ontario au 31 mars 2011, ainsi que de sa performance financière et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada.

Le sous-vérificateur général,

Peall

Gary R. Peall, CA
Expert-comptable autorisé

Toronto (Ontario)
Le 23 juin 2011

Box 105, 15th Floor
20 Dundas Street West
Toronto, Ontario
M5G 2C2
416-327-2381
fax 416-327-9862

B.P. 105, 15e étage
20, rue Dundas ouest
Toronto (Ontario)
M5G 2C2
416-327-2381
télécopieur 416-327-9862

www.auditor.on.ca

Action Cancer Ontario

État de la situation financière

(en milliers de dollars)

au 31 mars	**2011**	2010
Actif		
Actif à court terme		
Trésorerie et équivalents de trésorerie (note 3)	**155 804 $**	106 331 $
Placements à court terme (note 4)	**80 982**	30 044
Créances clients et charges payées d'avance (note 5)	**20 253**	36 912
	257 039	173 287
Placements à long terme (note 4)	–	50 080
Immobilisations (note 6)	**103 488**	97 542
	360 527 $	320 909 $
Passif		
Passif à court terme		
Comptes fournisseurs et charges à payer (note 7)	**190 280 $**	135 877 $
Subventions de fonctionnement reportées (note 8a)	**6 546**	37 434
	196 826	173 311
Apports reportés pour immobilisations (note 8b)	**115 930**	101 786
Charges complémentaires de retraite (note 9b)	**3 314**	3 356
	316 070	278 453
Soldes des fonds		
Dotation	**2 317**	2 317
Affectations d'origine interne et externe	**10 005**	23 822
Administration générale – non grevé d'affectations	**26 669**	14 585
Investissement en immobilisations	**5 466**	1 732
	44 457	42 456
	360 527 $	320 909 $

Engagements (note 15)
Passifs éventuels (note 16)
Garanties (note 18)

Au nom du conseil,

Administrateur

Administrateur

Voir les notes complémentaires.

Action Cancer Ontario
Résultats

(en milliers de dollars)
pour l'exercice clos le 31 mars 2011

	Fonds affectés		Fonds d'administration générale		Total	
	2011	2010	**2011**	2010	**2011**	2010
Produits						
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	**– $**	– $	**777 962 $**	697 165 $	**777 962 $**	697 165 $
Apports en capital du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour les programmes intégrés de cancérologie	**–**	–	**11 216**	16 232	**11 216**	16 232
Ministère de la Promotion de la santé	**–**	–	**695**	3 066	**695**	3 066
Produits nets de placement (note 11)	**25**	41	**2 488**	1 090	**2 513**	1 131
Amortissement des apports reportés pour immobilisations (note 8b)	**–**	–	**30 981**	28 303	**30 981**	28 303
Autres (note 12)	**5 914**	10 947	**7 156**	7 780	**13 070**	18 727
	5 939	10 988	**830 498**	753 636	**836 437**	764 624
Charges						
Services fournis dans le cadre des programmes intégrés de cancérologie	**88**	2 025	**292 398**	284 946	**292 486**	286 971
Médicaments	**–**	–	**218 983**	199 094	**218 983**	199 094
Salaires et avantages sociaux	**2 954**	3 083	**59 348**	52 212	**62 302**	55 295
Services chirurgicaux – hôpitaux	**–**	–	**51 101**	49 475	**51 101**	49 475
Services relatifs aux maladies rénales chroniques	**–**	–	**46 073**	–	**46 073**	–
Services de dépistage	**–**	–	**40 498**	41 272	**40 498**	41 272
Amortissement des immobilisations	**51**	121	**32 351**	28 552	**32 402**	28 673
Services acquis	**2 296**	5 506	**21 715**	13 642	**24 011**	19 148
Apports en capital aux programmes intégrés de cancérologie	**–**	–	**14 027**	16 232	**14 027**	16 232
Services médicaux	**69**	411	**13 948**	12 764	**14 017**	13 175
Services hospitaliers de traitement systémique	**–**	–	**13 747**	14 958	**13 747**	14 958
Autres charges de fonctionnement (note 13)	**703**	1 638	**10 561**	10 104	**11 264**	11 742
Charges de retraite (note 9a)	**–**	–	**4 686**	3 976	**4 686**	3 976
Services de consultation	**136**	487	**4 049**	22 093	**4 185**	22 580
Coûts d'occupation	**61**	217	**3 531**	3 162	**3 592**	3 379
Honoraires professionnels	**4**	10	**401**	257	**405**	267
Perte sur la cession d'immobilisations	**435**	–	**92**	441	**527**	441
Charges complémentaires de retraite (note 9b)	**–**	–	**130**	222	**130**	222
	6 797	13 498	**827 639**	753 402	**834 436**	766 900
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	**(858) $**	(2 510) $	**2 859 $**	234 $	**2 001 $**	(2 276) $

Voir les notes complémentaires.

Action Cancer Ontario
Évolution des soldes des fonds

(en milliers de dollars)
pour l'exercice clos le 31 mars 2011

	Fonds affectés				Total	
	Dotation	Autre	Administration générale – non grevé d'affectations	Investissement en immobilisations	**2011**	2010
Soldes des fonds au début	**2 317 $**	**23 822 $**	**14 585 $**	**1 732 $**	**42 456 $**	44 732 $
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	–	**(858)**	**2 859**	–	**2 001**	(2 276)
Variation nette de l'investissement en immobilisations (note 10)	–	**(69)**	**(3 665)**	**3 734**	–	–
Virements interfonds (note 14)	–	**(12 890)**	**12 890**	–	–	–
Soldes des fonds à la fin	**2 317 $**	**10 005 $**	**26 669 $**	**5 466 $**	**44 457 $**	42 456 $

Action Cancer Ontario
Flux de trésorerie
(en milliers de dollars)
pour l'exercice clos le 31 mars 2011

	2011	2010
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie		
Fonctionnement		
Excédent (insuffisance) des produits par rapport aux charges	**2 001 $**	(2 276) $
Amortissement des immobilisations	**32 402**	28 673
Amortissement des apports reportés pour immobilisations	**(30 981)**	(28 303)
Perte sur la cession d'immobilisations	**527**	441
Charge au titre des prestations constituées relative aux avantages complémentaires de retraite	**130**	222
Avantages complémentaires de retraite payés	**(172)**	(192)
	3 907	(1 435)
Variation des éléments hors trésorerie du fonds de roulement		
Créances clients et charges payées d'avance	**16 659**	(21 496)
Comptes fournisseurs et charges à payer	**54 403**	18 838
Subventions de fonctionnement reportées	**(30 888)**	(7 215)
	40 174	(9 873)
	44 081	(11 308)
Investissement		
Produit des placements venant à échéance	**50 302**	–
Acquisition de placements	**(51 160)**	(50 078)
Acquisition d'immobilisations	**(38 936)**	(37 329)
Produit sur la cession d'immobilisations	**61**	70
	(39 733)	(87 337)
Financement		
Montants reçus liés aux immobilisations	**45 125**	32 766
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	**49 473**	(65 879)
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	**106 331**	172 210
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin	**155 804 $**	106 331 $

Voir les notes complémentaires.

Action Cancer Ontario
Notes complémentaires

(en milliers de dollars)
au 31 mars 2011

Nature des activités

Le gouvernement de l'Ontario a approuvé la création d'Action Cancer Ontario (l'« organisme ») le 29 avril 1997 pour promouvoir les services aux patients atteints d'un cancer et pour améliorer les résultats, la qualité et l'efficacité des services de cancérologie. Les services de cancérologie comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la recherche, la formation et les soins palliatifs. L'organisme a été constitué en 1943 sous la dénomination de La Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer, en vertu d'une loi de la province de l'Ontario, et a été renommé Action Cancer Ontario en 1997. L'organisme est un organisme de bienfaisance enregistré au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada). Les membres du conseil d'administration et des comités du conseil d'administration sont des bénévoles dont les services ne sont pas rémunérés.

La mission de l'organisme est d'améliorer le fonctionnement du réseau de cancérologie en Ontario en assurant la qualité, la responsabilisation et l'innovation dans tous les services liés à la lutte contre le cancer. Cette mission met l'accent sur la gestion du rendement. Aux termes de l'entente d'intégration des programmes de lutte contre le cancer, l'organisme finance des programmes intégrés de cancérologie (« PIC ») dans divers hôpitaux en échange de services convenus de traitement du cancer.

L'organisme soutient les stratégies ontariennes de réduction des temps d'attente et d'accès aux soins (AAS) du gouvernement provincial. Le programme d'AAS est composé d'initiatives de technologie et de gestion de l'information axées sur l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'efficacité des soins offerts aux patients et sur le suivi des patients au sein du continuum de soins. Le mandat du programme d'AAS est l'élaboration et la mise en place de stratégies de l'information et de systèmes informatiques qui viendront appuyer un meilleur accès aux soins, l'exploitation continue des systèmes informatiques ainsi que l'analyse et la divulgation de données.

En juin 2009, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (« MSSLD ») a officiellement transféré la surveillance et la coordination du programme sur les maladies rénales chroniques à l'organisme. Le mandat de ce programme est d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie provinciale liée aux maladies rénales chroniques qui permettra une amélioration quantifiable et durable des soins en la matière dans toute la province. La stratégie devrait aborder les points suivants : l'accès vasculaire, la dialyse à domicile, la mise sur pied d'un modèle de financement fondé sur le patient, le dépistage précoce et une meilleure gestion de la maladie.

1. Principales conventions comptables

Les états financiers de l'organisme ont été dressés par la direction selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Comptabilité par fonds

Le fonds de dotation présente les apports grevés d'affectations d'origine externe aux termes desquelles les ressources apportées doivent être préservées en permanence, à moins d'être spécifiquement soustraites par le donateur. Les produits de placement affecté provenant des ressources du fonds de dotation sont comptabilisés comme produits du fonds affecté.

Le fonds affecté présente toutes les autres ressources grevées d'affectations d'origine externe et interne. Ces ressources servent principalement à la recherche. Elles comprennent les dons et les subventions dont

Action Cancer Ontario
Notes complémentaires
(en milliers de dollars)
au 31 mars 2011

1. Principales conventions comptables (suite)

Le fonds d'administration générale sert à comptabiliser les programmes de l'organisme et d'autres programmes qui sont financés par le MSSLD et le ministère de la Promotion de la santé (« MPS »). Ce fonds présente les ressources non affectées et les subventions de fonctionnement affectées.

Apports

L'organisme utilise la méthode du report pour la comptabilisation des apports affectés liés aux programmes financés par le MSSLD et le MPS et aux autres programmes financés qui sont comptabilisés à titre de produits du fonds d'administration générale dans l'exercice au cours duquel les charges connexes sont engagées. L'organisme utilise la méthode de la comptabilité par fonds affectés pour tous les autres apports affectés qui sont comptabilisés à titre de produits du fonds affecté approprié dans l'exercice au cours duquel ils sont reçus.

Les apports non affectés sont comptabilisés à titre de produits du fonds d'administration générale lorsque le montant peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que le recouvrement est probable.

Les apports destinés à l'achat d'immobilisations sont comptabilisés à titre d'apports reportés pour immobilisations et sont amortis selon la même méthode que celles des immobilisations connexes.

Les apports pour dotation sont comptabilisés à titre de produits du fonds de dotation dans l'exercice au cours duquel ils sont reçus.

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie se composent de dépôts bancaires, de certificats de dépôt et de placements à court terme dont l'échéance initiale est d'au plus trois mois.

Placements

Les placements sont classés comme étant détenus à des fins de transaction et sont inscrits au bilan à leur juste valeur. Les opérations de placement sont comptabilisées en fonction de la date de règlement et les coûts d'opération sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût. Toutes les immobilisations sont amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire à des taux établis en fonction de la durée de vie estimative des actifs.

Le matériel thérapeutique et autre matériel technique sont amortis sur cinq ans; le mobilier de bureau, le matériel et les logiciels sont amortis sur une période allant de trois ans à cinq ans; et les améliorations locatives sont amorties sur cinq ans, soit la durée des contrats de location.

Depuis le 1er avril 2010, l'organisme capitalise les logiciels développés à l'interne et les logiciels acquis à l'externe. Cette nouvelle méthode comptable a été appliquée prospectivement puisque les montants relatifs aux exercices précédents à l'égard des logiciels acquis à l'externe ne sont pas significatifs et que l'information sur les logiciels développés à l'interne n'est pas facilement accessible. L'incidence de cette nouvelle méthode comptable a donné lieu à la capitalisation d'un montant de 11,4 millions de dollars en coûts de logiciels pour l'exercice considéré.

Les terrains et les bâtiments de quatre pavillons donnés par la Société canadienne du cancer – Division de l'Ontario sont comptabilisés à une valeur symbolique, car leur valeur actuelle ne peut être déterminée au prix d'un effort raisonnable.

1. Principales conventions comptables (suite)

Dépréciation d'actifs à long terme

Une charge de dépréciation est comptabilisée pour les actifs à long terme lorsqu'un événement ou un changement de situation fait en sorte que la valeur comptable d'un actif excède le total des flux de trésorerie non actualisés qui résulteront vraisemblablement de l'utilisation et de la sortie éventuelle de l'actif. La perte de valeur est calculée comme l'écart entre la juste valeur et la valeur comptable de l'actif.

Charges de retraite et charges complémentaires de retraite

i) *Charges de retraite*

L'organisme comptabilise sa participation au Healthcare of Ontario Pension Plan (« HOOPP »), régime de retraite interentreprises à prestations déterminées, comme s'il s'agissait d'un régime à cotisations déterminées, étant donné que l'organisme ne dispose pas des renseignements nécessaires pour la comptabiliser comme une participation à un régime à prestations déterminées.

ii) *Charges complémentaires de retraite*

Les charges complémentaires de retraite sont déterminées par calcul actuariel selon la méthode de répartition des prestations au prorata des services et sont passées en charges à mesure que les services sont rendus.

L'obligation transitoire liée à l'adoption de cette convention comptable est amortie sur le nombre prévu d'années qu'il reste à vivre aux retraités admissibles.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers exige que la direction fasse des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants comptabilisés au titre de l'actif et du passif et sur la présentation des actifs et des passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants comptabilisés au titre des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

2. Informations à fournir sur le capital

La structure de capital de l'organisme est constituée des soldes des fonds de dotation, des fonds grevés d'affectations d'origines interne et externe, des fonds d'administration générale non grevés d'affectations et d'investissement en immobilisations et des apports reportés pour immobilisations.

L'objectif de l'organisme en matière de gestion de capital est de préserver sa capacité à poursuivre ses activités, afin de continuer à fournir le niveau adéquat d'avantages et de services à ses parties prenantes.

Une partie du capital de l'organisme est affectée dans la façon dont l'organisme utilise ses apports grevés d'affectations externes et ses apports reportés pour immobilisations comme il est expliqué à la note 1. L'organisme emploie des procédures de contrôle interne afin de veiller à ce que les restrictions soient respectées avant l'utilisation de ces ressources et afin d'être en conformité avec ces restrictions tout au long de l'exercice.

L'organisme fixe les montants des soldes des fonds en proportion du risque; il gère sa structure de capital et y apporte des rajustements en fonction des changements qui touchent la conjoncture économique et des caractéristiques de risque des actifs sous-jacents.

3. Trésorerie et équivalents de trésorerie – grevés d'affectation

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent un montant de 404 $ (402 $ en 2010) grevé d'affectation puisqu'il s'agit de sommes liées à un régime de retraite qui a été dissous et elles sont détenues par un tiers au cas où d'anciens membres déposeraient une demande. Ces sommes sont assujetties à des affectations d'origine externe et ne sont pas disponibles pour une utilisation à des fins générales.

4. Placements

	2011	2010
Certificat de placement garanti, au taux d'intérêt de 2,0 %, échéant le 4 septembre 2010	**– $**	30 044 $
Certificats de placement garanti, au taux d'intérêt de 2,1 %, échéant le 3 mars 2012	**10 226**	10 017
Certificats de placement garanti, au taux d'intérêt de 2,26 %, échéant le 5 mars 2012	**30 693**	–
Certificat de placement garanti, au taux d'intérêt de 2,05 %, échéant le 5 mars 2012	**40 063**	40 063
	80 982	80 124
Déduction faite des échéances à moins de un an	**80 982**	30 044
	– $	50 080 $

5. Créances clients et charges payées d'avance

	2011	2010
Créances clients	**4 225 $**	2 396 $
À recevoir du MSSLD	**14 818**	34 329
Charges payées d'avance	**1 210**	187
	20 253 $	36 912 $

6. Immobilisations

	2011			2010
	Coût	**Amortissement cumulé**	**Valeur comptable nette**	Valeur comptable nette
Matériel thérapeutique et autre matériel technique	**272 034 $**	**181 885 $**	**90 149 $**	93 838 $
Mobilier de bureau, matériel, logiciels et améliorations locatives	**18 549**	**5 210**	**13 339**	3 704
	290 583 $	**187 095 $**	**103 488 $**	97 542 $

Le coût du matériel thérapeutique ci-dessus comprend des dépôts de 19 674 $ (12 405 $ en 2010). Ces montants seront amortis dès que le matériel sera prêt à être mis en service.

7. Comptes fournisseurs et charges à payer

	2011	2010
Comptes fournisseurs	**63 980 $**	67 762 $
Charges à payer et autres	**63 955**	57 600
À payer au MSSLD, au MPS et à d'autres	**61 941**	10 113
Sommes détenues par un tiers au titre d'un régime de retraite	**404**	402
	190 280 $	135 877 $

8. Apports reportés

a) Subventions de fonctionnement reportées

Les subventions de fonctionnement reportées représentent les ressources non dépensées liées aux programmes financés par le MSSLD et le MPS et à d'autres programmes. Les sommes non dépensées sont conservées aux fins d'utilisation au cours de périodes subséquentes, ou aux fins de règlement par les ministères respectifs. La variation du solde des subventions de fonctionnement reportées est présentée ci-dessous :

	2011	2010
Solde au début	**37 434 $**	44 649 $
Sommes reçues au titre de périodes subséquentes	**45 697**	26 785
Sommes comptabilisées à titre de produits	**(3 268)**	(19 063)
Sommes rendues au MSSLD	**(11 376)**	(4 824)
Sommes reclassées aux comptes fournisseurs et charges à payer	**(61 941)**	(10 113)
Solde à la fin	**6 546 $**	37 434 $

b) Apports reportés pour immobilisations

Les apports reportés pour immobilisations représentent le montant non amorti et non dépensé des fonds reçus en vue de l'acquisition d'immobilisations. La variation du solde des apports reportés pour immobilisations survenue pendant l'exercice est présentée ci-dessous :

	2011	2010
Solde au début	**101 786 $**	97 323 $
Sommes reçues relativement à des immobilisations	**45 125**	32 766
Sommes comptabilisées à titre de produits	**(30 981)**	(28 303)
Solde à la fin	**115 930 $**	101 786 $

Le solde des apports reportés pour immobilisations est constitué des éléments ci-dessous :

	2011	2010
Apports non amortis utilisés pour l'acquisition d'immobilisations	**98 022 $**	95 810 $
Apports non dépensés	**17 908**	5 976
Solde à la fin	**115 930 $**	101 786 $

9. Charges de retraite et charges complémentaires de retraite

a) Charges de retraite

Les salariés de l'organisme participent au HOOPP, un régime de retraite interentreprises à prestations déterminées. Les participants du HOOPP reçoivent des prestations fondées sur le nombre de leurs années de service et sur leur salaire moyen annualisé pendant la période de cinq années consécutives au cours de laquelle ils ont été mieux rémunérés avant leur retraite, leur cessation d'emploi ou leur décès.

Les cotisations versées au HOOPP par l'organisme au cours de l'exercice, pour les salariés, se sont établies à 4 686 $ (3 976 $ en 2010) et sont incluses dans les charges de retraite dans les résultats.

b) Charges complémentaires de retraite

L'organisme offrait à ses employés retraités des avantages complémentaires de retraite. Depuis le 1^{er} janvier 2006, l'organisme n'offre plus d'avantages complémentaires de retraite à ses salariés actifs. Les prestations versées au cours de l'exercice au titre de ce régime sans capitalisation se sont élevées a 172 $ (192 $ en 2010).

Au cours de l'exercice, l'organisme a diminué de 95 $ son obligation au titre des prestations constituées (diminution de 457 $ en 2010) par suite de la dernière évaluation actuarielle des charges complémentaires de retraite en date du 31 mars 2010. La prochaine évaluation est prévue pour le 31 mars 2012.

Les renseignements relatifs aux charges complémentaires de retraite de l'organisme figurent ci-dessous :

	2011	2010
Obligation au titre des prestations constituées	**(2 856) $**	(2 951) $
Gain actuariel non amorti	**(1 114)**	(1 132)
Obligation transitoire nette non amortie	**656**	727
Passif net au titre des prestations constituées	**(3 314) $**	(3 356) $

La valeur actualisée déterminée par calcul actuariel de l'obligation au titre des prestations constituées est mesurée en fonction des meilleures estimations de la direction, compte tenu d'hypothèses reflétant la conjoncture économique et les lignes de conduite prévues les plus probables, comme suit :

	2011	2010
Taux d'actualisation	**4,5 %**	4,5 %
Taux de croissance des frais hospitaliers et des frais de médicaments	**8,5 % en 2011 à 5 % en 2018 et par la suite**	9 % en 2010 à 5 % en 2018 et par la suite
Taux de croissance des autres frais médicaux	**4 % par an**	4 % par an

10. Investissement en immobilisations

	2011	2010
Immobilisations	**103 488 $**	97 542 $
Montants financés par des apports reportés pour immobilisations	**(98 022)**	(95 810)
	5 466 $	1 732 $

La variation de l'actif net investi dans des immobilisations est présentée ci-dessous :

	2011	2010
Acquisition d'immobilisations	**38 936 $**	37 329 $
Apports reportés pour immobilisations	**(33 193)**	(37 322)
Amortissement des apports reportés pour immobilisations	**30 981**	28 303
Amortissement des immobilisations	**(32 402)**	(28 673)
Cession d'immobilisations	**(588)**	(511)
	3 734 $	(874) $

11. Produits nets de placement

Des produits nets de placement de 25 $ (25 $ en 2010) provenant des ressources du fonds de dotation sont inclus dans le fonds affecté.

12. Autres produits

	2011	2010
Fonds d'administration générale		
Partenariat canadien contre le cancer	**2 527 $**	2 572 $
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé	**2 284**	–
cyberSanté Ontario	**503**	3 557
Recouvrement de salaires	**392**	888
Inforoute Santé du Canada (remboursement)	**–**	(1 856)
Divers	**1 450**	2 619
	7 156 $	7 780 $
Fonds affecté		
Subventions	**5 694 $**	10 640 $
Dons	**220**	307
	5 914 $	10 947 $

Action Cancer Ontario
Notes complémentaires
(en milliers de dollars)
au 31 mars 2011

13. Autres charges de fonctionnement

	2011	2010
Fonds affecté		
Charges générales de bureau	**394 $**	506 $
Formation et publications	**136**	216
Déplacements	**82**	249
Matériel	**59**	531
Autres charges	**32**	136
	703 $	1 638 $
Fonds d'administration générale		
Matériel	**4 262 $**	4 576 $
Formation et publications	**1 960**	1 556
Charges générales de bureau	**1 903**	1 733
Déplacements	**873**	778
Services aux patients	**800**	800
Autres charges	**763**	661
	10 561 $	10 104 $

14. Virements interfonds

	2011	2010
Virement du fonds affecté au fonds d'administration générale	**12 890 $**	688 $

Les virements du fonds affecté au fonds d'administration générale découlent du déblocage de réserves grevées d'affectations d'origine interne qui ont été approuvées par le conseil d'administration.

15. Engagements

a) L'organisme loue des locaux, du matériel informatique et du matériel de bureau. Les paiements futurs exigibles aux termes des baux sont estimés comme suit pour l'exercice clos le 31 mars :

2012	3 939 $
2013	1 960
2014	152
	6 051 $

b) L'organisme a conclu des engagements d'environ 24 101 $ (9 614 $ en 2010) pour l'acquisition de matériel, après déduction des dépôts présentés à la note 6.

16. Passifs éventuels

L'organisme est membre du Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (« HIROC »), régime d'auto-assurance créé par les hôpitaux et d'autres organismes. Si le total des primes payées ne suffit pas à régler les réclamations, l'organisme sera tenu de fournir des fonds supplémentaires à titre de participant au régime.

Depuis sa création, le HIROC a accumulé un excédent non affecté qui représente le total des primes payées par tous les assurés cotisants, majoré des produits de placement et diminué de l'obligation au titre des réserves et des charges pour sinistres restant à régler et des charges de fonctionnement. Chaque assuré cotisant dont le montant des primes, majoré des produits de placement, dépasse celui de l'obligation au titre de sa quote-part des réserves et des charges pour réclamations restant à régler et des charges de fonctionnement, peut avoir le droit de recevoir des distributions sur sa quote-part de l'excédent non affecté au moment où ces distributions sont déclarées par le conseil d'administration du HIROC. Aucune distribution n'a été déclarée par le HIROC au 31 mars 2011.

17. Instruments financiers

La valeur comptable de la trésorerie et des équivalents de trésorerie, des créances clients et des comptes fournisseurs et charges à payer se rapproche de leur juste valeur étant donné qu'il s'agit d'instruments à court terme.

La juste valeur des placements à long terme est indiquée à la note 4. Les placements sont composés de certificats de placement garantis assortis d'un taux d'intérêt fixe, qui, de l'avis de la direction, correspond au cours du marché.

Risque de crédit

Le risque de crédit découle de la trésorerie, des équivalents de trésorerie et des placements détenus auprès d'institutions financières et de l'exposition au risque lié aux créances clients non réglées. La trésorerie, les équivalents de trésorerie et les placements à terme sont détenus auprès de grandes institutions financières, ce qui réduit l'exposition au risque de crédit. La direction est d'avis que le risque lié aux créances clients est minime puisque la plupart des créances clients sont à recevoir des gouvernements fédéral et provincial ou d'organismes contrôlés par eux.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la valeur ou les flux de trésorerie futurs des instruments financiers varient en raison des fluctuations des taux d'intérêt du marché. L'organisme n'est exposé au risque de taux d'intérêt qu'à l'égard de ses placements. L'organisme ne s'attend pas à ce que les fluctuations des taux d'intérêt du marché aient une incidence importante sur sa performance financière et il n'utilise aucun instrument dérivé.

Action Cancer Ontario
Notes complémentaires

(en milliers de dollars)
au 31 mars 2011

18. Garanties

a) Indemnisation des administrateurs et dirigeants

Les règlements administratifs de l'organisme prévoient l'indemnisation des administrateurs et dirigeants, des anciens administrateurs et dirigeants et des autres personnes qui ont siégé à des comités du conseil, pour les frais qu'ils pourraient engager en rapport avec des réclamations, poursuites et autres recours découlant de leurs services, et pour tous les autres frais qu'ils pourraient avoir engagés dans le cadre de leurs fonctions. Cette indemnisation ne s'applique pas lorsque les frais résultent d'une malhonnêteté, d'une négligence volontaire ou d'une faute de leur part.

La nature de cette indemnisation ne permet pas à l'organisme d'estimer au prix d'un effort raisonnable le maximum qu'il pourrait être tenu de verser à des contreparties. Pour pallier à des versements éventuels, l'organisme a souscrit auprès de HIROC une assurance responsabilité maximale pour ses administrateurs et dirigeants. L'organisme n'a versé aucune somme au titre de ces indemnisations et aucun montant ne figure dans les états financiers ci-joints au titre de cette éventualité.

b) Autres conventions d'indemnisation

Dans le cours normal de ses activités, l'organisme conclut des accords prévoyant l'indemnisation de tiers, y compris, sans restriction : indemnisation des propriétaires des locaux loués par l'organisme; indemnisation du MSSLD en cas de réclamations, poursuites et autres recours fondés sur des actions ou omissions des groupes représentant les médecins, radiologistes, gynécologues et oncologues selon certaines modalités de financement; et indemnisation des hôpitaux d'accueil appliquant des PIC en cas de demandes, de réclamations, de dommages-intérêts et de frais résultant de tout manquement de l'organisme à ses obligations aux termes de l'entente d'intégration des programmes de lutte contre le cancer et des documents connexes.

Les modalités de ces indemnisations varient selon l'accord sous-jacent, mais s'appliquent normalement pendant toute la durée de celui-ci. Le plus souvent, le contrat ne prévoit aucun plafond d'indemnisation, ce qui empêche l'organisme d'estimer de façon raisonnable son risque éventuel maximal. L'organisme n'a versé aucune somme au titre de ces indemnisations et aucun montant ne figure dans les états financiers ci-joints au titre de cette éventualité.

19. Chiffres comparatifs

Certains chiffres comparatifs ont été reclassés afin d'être conformes à la présentation des états financiers adoptée pour l'exercice considéré.

ANNEXES

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Neil Stuart, président
(du 1^{er} juin 2010 au31 mai 2013)

Ratan Ralliaram, vice-président
(du 15 novembre 2006 au14 novembre 2012)
Président intérimaire
(du 13 décembre 2009 au 31 mai 2010)

Peter Crossgrove
(président du Conseil émérite)

Kevin Conley
(du 27 juin 2007 au 26 juin 2014)

Michael Cooper
(du 12 août 2009 au 11 août 2012)

Malcolm H. Heins
(du 25 février 2009 au 24 février 2012)

Darren Johnson
(du 20 juin 2007 au 19 juin 2010)

Shoba Khetrapal
(du 21 décembre 2006 au 20 décembre 2012)

Marilyn Knox
(du 23 mars 2011 au 22 mars 2014)

Patricia Lang
(du 20 juin 2007 au 19 juin 2014)

D^r Andreas Laupacis
(du 23 mars 2011 au 22 mars 2014)

D^{re} Wendy Levinson
(du 13 février 2008 au 12 février 2014)

Roland Montpellier
(du 1^{er} décembre 2004 au 30 novembre 2010)

Stephen Roche
(du 20 septembre 2006 au 30 juin 2012)

D^r Walter Rosser
(du 27 juin 2007 au 26 juin 2014)

Dianne Salt
(du 7 avril 2010 au 6 avril 2013)

Betty-Lou Souter
(du 20 juin 2007 au 19 juin 2013)

D^r Mamdouh Shoukri
(du 24 septembre 2008 au 23 septembre 2011)

DIRECTION SUPÉRIEURE

Terrence Sullivan, PhD
Président et chef de la direction
(d'avril 2010 à janvier 2011)

Michael Sherar, PhD
Président et chef de la direction
(depuis janvier 2011)

Helen Angus,
Vice-présidente, Réseau rénal de l'Ontario, ACO

Judy Burns,
Vice-présidente (I), Planification et programmes
régionaux (depuis janvier 2011)

John McLaughlin, PhD
Vice-président, Études et surveillance
démographiques (jusqu'au 1^{er} octobre 2010)

Rick Skinner,
Vice-président, responsable des Technologies de
l'information

D^r Joe Pater,
Vice-président, Recherche clinique et applications
(jusqu'en mars 2011)

D^r Linda Rabeneck,
Vice-présidente, Prévention et contrôle du cancer
(depuis le 4 octobre 2010)

Elham Roushani,
Vice-président, Finances et Ressources humaines
Dirigeant principal des finances (DPF)

Pamela Spencer,
Vice-présidente, Affaires générales, conseillère
générale
Directrice de la protection de la vie privée

D^r Carol Sawka,
Vice-présidente, Programmes cliniques et initiatives
qualitatives

Michael Sherar, PhD
Vice-président, Planification et programmes régionaux
(avril 2010 à janvier 2011)

Mitchell Toker,
Vice-président, Affaires publiques
(jusqu'au 1^{er} septembre 2011)

DIRECTION CLINIQUE

D^{r} Julian Dobranowski,
Chef de programme, Programme d'imagerie oncologique

Audrey Friedman,
Chef provincial, Éducation des patients

Esther Green,
Chef provincial, Programmes infirmiers et oncologie psychosociale

D^{r} Jonathan Irish,
Chef provincial, Programme de chirurgie oncologique

D^{r} Leonard Kaizer,
Chef provincial, Programme de traitement général

D^{r} José Pereira
Chef provincial, Programme de soins palliatifs

D^{r} John Srigley,
Chef provincial, Programme de pathologie et de laboratoire médical

D^{r} Padraig Warde,
Chef provincial, Programme de radiothérapie

DIRECTION PROVINCIALE

Claudia den Boer Grima,
Vice-présidente régionale, Erie St. Clair

D^{r} Louis Balogh,
Vice-président régional, Centre

Brenda Carter,
Vice-présidente régionale, Sud-Est

D^{r} . Peter Dixon,
Vice-président régional, Centre-Est
(jusqu'en juillet 2011)

Paula Doering,
Vice-présidente régionale, Champlain

D^{r} Bill Evans,
Vice-président régional, Hamilton Niagara Haldimand Brant

D^{r} Sheldon Fine,
Vice-président régional, Centre régional de cancérologie de Peel, Centre-Ouest et Mississauga Halton

D^{re} Mary Gospodarowicz,
Vice-présidente régionale, Centre Toronto

Mark Hartman,
Vice-président régional intérimaire, Nord-Est

Garth Matheson,
Vice-président régional, North Simcoe Muskoka

D^{r} Craig McFadyen,
Vice-président régional, Waterloo Wellington

Michael Power,
Vice-président régional, Nord-Ouest

Brian Orr,
Vice-président régional, Sud-Ouest

D^{re} Linda Rabeneck
Vice-présidente régionale, Centre Toronto
(de 2005 à 2010)

D^{r} Andy Smith,
Vice-président régional intérimaire, Centre Toronto (du 1er octobre 2010 au 17 mars 2011
Vice-président régional, Centre Toronto
(depuis le 17 mars 2011)

DIRECTION DU RRO

Helen Angus
Vice-présidente, Réseau rénal de l'Ontario

Treva McCumber,
Chef exécutif, Programme MRC, Réseau rénal de l'Ontario
(jusqu'en août 2011)

D^{re} Judith Miller,
Directrice clinique provinciale, Réseau rénal de l'Ontario
Champion clinique, Identification précoce et prévention

D^{r} Louise Moist,
Champion clinique, Accès vasculaire

D^{r} Andreas Pierratos,
Champion clinique, Dialyse indépendante

D^{r} David Mendelssohn,
Champion clinique, Recherche et Innovation

DIRECTION PROVINCIALE DU RRO

Rick Badzioch,
Directeur régional, Hamilton Niagara Haldimand Brant

Jill Campbell,
Directrice régionale, Centre Toronto

Lise Corriveau,
Directrice régionale, Nord-Est

Elaine Chemeris,
Directeur régional, Centre-Ouest
(depuis août 2011)

Patricia Dwyer,
Directrice régionale, Erie St. Clair

Ken Fast,
Directeur régional, Centre-Ouest
(jusqu'en août 2011)

Julie A. Gordon,
Directrice régionale, Sud-Est

Carol Rhiger,
Directrice régionale (A), Sud-Ouest
(depuis juillet 2011)

Julia Salomon,
Directrice régionale, Nord-Ouest

Melanie Tremblay,
Directrice régionale, Centre

Connie Twolan,
Directrice régionale, Champlain

Marni Van Kessel,
Directrice régionale, North Simcoe Muskoka

Peter Varga,
Directeur régional, Waterloo Wellington

Nancy Webster,
Directrice régionale, Mississauga Halton

Jay Wilson,
Directeur régional, Centre-Est